

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika pro vychovatele

Kód oboru: 7506R029

Název bakalářské práce:

DROGOVÁ PROBLEMATIKA DĚTÍ ŠKOLNÍHO VĚKU

DRUG PROBLEMS OF SCHOOL CHILDREN

Autor:

Vratislava Vedralová
Svébořická 609 / 1
471 24 Mimoň

Podpis autora: _____

Vedoucí práce: Ing. Zuzana Palounková

Počet:

stran	obrázků	tabulek	grafů	zdrojů	příloh
73	0	2	8	19	8 + 1 CD

CD obsahuje **celé** znění bakalářské práce.

V Liberci dne: 30.4.2007

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení:

Vratislava Vedralová

Adresa:

Svébořická 609/1, 471 24 Mimoň

Studijní program:

Speciální pedagogika

Studijní obor:

Speciální pedagogika pro vychovatele

Kód oboru:

7506R029

Název práce:

DROGOVÁ PROBLEMATIKA DĚTÍ ŠKOLNÍHO VĚKU

Název práce v angličtině:

DRUG PROBLEMS OF SCHOOL CHILDREN

Vedoucí práce:

Ing. Zuzana Palounková

Termín odevzdání práce:

30. 04. 2007

Bakalářská práce musí splňovat požadavky pro udělení akademického titulu „bakalář“ (Bc.).

.....
vedoucí bakalářské práce

.....
děkan FP TUL

.....
vedoucí katedry

Zadání převzal (student): Vratislava Vedralová

Datum: 28. 01. 2006

Podpis studenta:

Cíl práce:

Analýza drogových zkušeností u dětí školního věku.

Základní literatura:

HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1996. ISBN 80-7169-277-8.

MARHOULOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišáci a gambleři*. 1.vyd. Praha: Empatie, 1995. ISBN 80-901618-9-8.

NEŠPOR, K., PROVAZNÍKOVÁ, H. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami*. 2. rozšířené vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1997. ISBN 80-7071-050-0.

PRESL, J. *Drogová závislost*. 2. rozšířené vyd. Praha: Maxdorf, 1995. ISBN 80-85800-25-X.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne:

Podpis:

Děkuji vedoucí bakalářské práce **Ing. Zuzaně Palounkové** za její zajímavé a cenné připomínky, za její drahocenný čas, trpělivost a ochotu podílet se na vedení této práce.

Název bakalářské práce: Drogová problematika dětí školního věku

Název bakalářské práce: Drug problems of school children

Jméno a příjmení autora: Vratislava Vedralová

Akademický rok odevzdání práce: 2006 / 2007

Vedoucí bakalářské práce: Ing. Zuzana Palounková

Resumé:

Bakalářská práce se zabývala problematikou drogových zkušeností klientů dětského domova se školou ve školním věku a vycházela ze zkušeností dětí s nelegálními nealkoholovými drogami. Většina ze stanovených předpokladů byla potvrzena.

Práci tvořily dvě stěžejní oblasti. Jednalo se o část teoretickou, která pomocí zpracování a prezentace odborných zdrojů popisovala a objasňovala charakteristiku, rizikové faktory, stádia vzniku a důsledky drogové závislosti. Dále sumarizovala jednotlivé druhy drog, oblast prevence a současnou situaci v České republice.

Praktická část zjišťovala pomocí nestandardizovaných dotazníků s uzavřenými otázkami drogové zkušenosti u 85 klientů školního věku Dětského domova se školou v Hamru na Jezeře. Výsledky ukazovaly, že zkušenosti s drogou jsou časté, proto se orientovala hlavně na oblast návrhu preventivních opatření. Za největší přínos práce vzhledem k řešené problematice bylo možné považovat přesné zjištění stavu drogových zkušeností klientů a hlavně sestavení preventivních opatření jako prevence vzniku závislosti.

Klíčová slova: drogová zkušenost, drogová závislost, rizikové faktory vzniku závislosti, stádia vzniku závislosti, důsledky závislosti, klasifikace drog, primární, sekundární a terciální prevence

Summary:

Bachelor's project engaged in a problem of the drug experiences of the clients Child's home with school in pupilage and came from experiences of the kids with illegal nonalcohol drugs. Most of the established presumptions were right. The project created two important domains. First was teoretical part, which (by means of attendance professional sources) described and cleared up characterization, risky factors, part of rise and consequences of the drug dependence. Further on described kinds of the drugs, prevention and present situation in Czech Republic.

The practipal part investigated by means of the nonstandart questionnaires with closed questions drug experiences 85 clients in pupilage Child's home with school in Hamr na Jezere. Results showed,that experiences with drug are very frequent. That is why this bachelor's project orientated on proposals of the preventitave measures. The biggest contrubution of this project was exact snapping drug experience of the clients and the most important preventative measures assembly like prevention of the drug dependence.

Key-words: drug experience, drug dependence, risk factors of start up dependence, phase of start up dependence, effect of the drug dependence, drug clasifitication, primary, secondary and terciary prevention

OBSAH

OBSAH	7
1 ÚVOD	9
2 TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU	12
2.1 Charakteristika drogové závislosti	12
2.2 Rizikové faktory vzniku závislosti	12
2.2.1 Osobnostní charakteristiky – dědičnost	15
2.2.2 Vliv prostředí	16
2.2.3 Psychické rizikové faktory	19
2.2.4 Věk jako rizikový faktor vzniku závislosti	21
2.3 Vznik a vývoj závislosti na psychoaktivních látkách	22
2.3.1 Stádia vzniku drogové závislosti	23
2.4 Typické projevy abúzu různých nealkoholových látek	25
2.5 Důsledky závislosti	27
2.5.1 Somatické důsledky závislosti	27
2.5.2 Psychické důsledky závislosti	28
2.5.3 Sociální důsledky drogové závislosti	29
2.6 Klasifikace drog	30
2.6.1 Stimulační drogy	30
2.6.2 Opiáty	32
2.6.3 Produkty konopí	33
2.6.4 Halucinogenní drogy	34
2.6.5 Těkavé látky	35
2.6.6 Závislost na sedativech a steroidech	36
2.7 Drogová prevence v České republice	37
2.7.1 Primární drogová prevence v ČR	37
2.7.2 Sekundární drogová prevence v ČR	37
2.7.3 Terciální drogová prevence v ČR	41
2.8 Současná situace v České republice	42
3 PRAKTICKÁ ČÁST	44
3.1 Cíl praktické části	44
3.2 Stanovení předpokladů	44
3.3 Metodika průzkumu	46
3.3.1 Metody získávání údajů	46

3.3.2	Metody zpracování údajů	47
3.4	Předprůzkum a jeho výsledky	49
3.5	Průzkum	50
3.5.1	Popis zkoumaného vzorku a průběh průzkumu	50
3.5.2	Výsledky průzkumu	51
4	ZÁVĚR Z VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU A POROVNÁNÍ S ÚDAJI VE VÝROČNÍ ZPRÁVĚ O STAVU VE VĚCECH DROG V ČESKÉ REPUBLICE V ROCE 2005 ..	61
5	NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ	63
5.1	Doporučení pro výchovnou práci s klienty jako prevence vzniku drogové závislosti.....	64
5.2	Hlavní časové dotace doporučeného preventivního programu	67
5.3	Činnost klientů Dětského domova se školou jako prevence vzniku drogových závislostí.....	68
6	SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	71
7	SEZNAM PŘÍLOH	73

1 ÚVOD

Lidé se vždycky snažili najít možnost jak uniknout svým problémům, dosáhnout pocitu štěstí, pohody, síly a mimořádných zážitků. Bylo pro ně lákavé získat něco takového ihned a bez vynaložení námahy. Tuto možnost, event. alespoň její iluzi, jim mohly poskytnout psychoaktivní látky. Mohly vyvolat žádoucí pocity, po určitou dobu je zbavit nejistoty, starostí a strachů, zlepšit jejich sebehodnocení, dosáhnout rychlého a snadného uspokojení.

Přestože je obecně známo, že užívání psychoaktivních látek má nepříznivé důsledky, lidé se jich nikdy nedokázali zcela zříci. (Vágnerová, 2004, s. 547)

Riziko vzniku závislosti na drogách je nejvyšší v období dospívání, kdy má značný význam přítomnost, výstrahy, které se týkají možného ohrožení v budoucnu, nemají velkou přesvědčivost. Navíc se obecně zvyšuje tendence experimentovat s rizikem, mladistvím chybí zkušenost a náhled na vlastní zranitelnost. Užívání drog je často atraktivní právě pro to, že je sociálně odmítáno. Někteří mladiství mají sklon k antiidentifikaci se společenskými ideály, a proto si cení takového jednání, které je obecně považováno za nežádoucí. Odmítání hodnot a životního stylu dospělých se projevuje i ochotou zkusit drogu.

Vytváření vlastní identity je náročný proces, dospívající se často dostává do situace, kdy je nejistý a má nedostatek sebedůvěry. Prostřednictvím drogy může dosáhnout euforie, uvolnění a hlavně dostatečné sebejistoty. Má pocit, že je všechno snadné a možné zvládnout, o případném riziku vůbec neuvažuje. Nepřipouští si, že proklamovaná nezávislost a svoboda v rozhodování o svém dalším životě bude právě tímto způsobem zmařena. (Vágnerová, 2004, s. 560)

Návyk užívat drogy, resp. rozvoj vzniku závislosti je procesem komplexní proměny v oblasti somatické, psychické i sociální. Drogová závislost vzniká mnohem rychleji než závislost na alkoholu. To je důvodem, proč je věkový průměr drogově závislých podstatně nižší se všemi negativními sociálními důsledky. V období dospívání mohou být důsledky závažnější, protože dojde i narušení osobnostního rozvoje, autoregulačních mechanismů, osvojování sociálních dovedností a s tím souvisejícího

osamostatňování. Psychosociální vývoj se přerušuje a z tohoto důvodu je i obtížnější náprava.

Ve vztahu k rodině je tento vývoj možno označit jako pseudoindividualizací. Dospívající sice odmítá autoritu rodičů, ale zároveň se o sebe nedokáže postarat a závislost na rodině se spíše zvětšuje. (Vágnerová, 2004, s. 561)

Klienti, kteří jsou umísťováni do DDŠ, mají často již v anamnéze drogové zkušenosti, přesto, že to jsou děti jejichž věk bývá při spodní hranici staršího školního věku.

Sociální okolí, které je před příchodem do DDŠ obklopovalo, ve většině případů jak pití alkoholu, kouření cigaret, tak i konzumaci nelegálních drog bralo jako běžnou součást života.

Aby výchovná práce mohla být pokud možno co neúčinnější, je nezbytné v průběhu výchovného procesu získávat stále nové informace o drogových zkušenostech klientů a ve spolupráci s orgány OSPOD se pokusit o spolupráci s rodinou a částečnou kontrolu chování klientů v jejich přirozeném sociálním prostředí v době prázdnin.

Jen pečlivá, dlouhodobá, individuální péče může napomoci změnit vztah dětí k drogám. Je na všech výchovných pracovnících, aby jim ukázali jiné oblasti náplně volného času a jiné možnosti řešení problémů, než je únik k drogám.

Při výchovné činnosti je využívána „Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2005 – 2008“. V primární prevenci jsou používány aktivity realizované s cílem předejít problémům a následkům spojeným se zneužíváním psychoaktivních látek, případně minimalizovat jejich dopad a zamezit jejich rozšíření. Nespecifickou primární prevencí se rozumí volnočasové aktivity, které tvoří nedílnou součást obecné primární prevence a jejímž obsahem jsou všechny metody a přístupy umožňující rozvoj harmonické osobnosti, včetně možnosti rozvíjení nadání, zájmů a pohybových a sportovních aktivit. Specifická primární prevence je systém aktivit a služeb jedincům, u nichž lze v případě jejich absence předpokládat další negativní vývoj. Součástí systému je i výchova ke zdravému životnímu stylu a rozvoj a podpora sociálních kompetencí.

Cílem působení v oblasti prevence zneužívání psychotropních látek je dítě odpovědné za vlastní chování a způsob života v míře přiměřené jeho věku s posílenou duševní odolností vůči stresu, negativním zážitkům a vlivům. Je schopné dělat samostatná (a pokud možno správná) rozhodnutí, s přiměřenými sociálně

psychologickými dovednostmi, schopné řešit, případně schopné nalézt pomoc pro řešení problémů s vyhraněným negativním vztahem k návykovým látkám.

Cílem bakalářské práce je pomocí nestandardizovaných dotazníků s uzavřenými otázkami zjistit drogové zkušenosti klientů dětského domova se školou školního věku a navrhnout možná preventivní opatření k zabránění vzniku závislosti na nelegálních nealkoholových drogách.

Práce bude strukturována do teoretické části, ve které bude zvolená problematika teoreticky zpracována a praktické části, zabývající se konkrétními výsledky, získanými v průzkumu drogových zkušeností mezi klienty dětského domova se školou. V závěrečné části budou prezentována možná řešení problému.

2 TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU

2.1 *Charakteristika drogové závislosti*

Jak uvádí Presl (1994, s. 46) drogová závislost, pokud je již skutečně závislostí, je jednoznačně onemocněním a jako takové je ho třeba chápat. Zároveň jde o určitý společenský fenomén, protože s důsledky tohoto onemocnění se střetává nejen postižený jedinec, ale i okolní společnost. Celá věc je značně složitá. Na jedné straně je chápáno a tolerováno brání drog tzv. legálních, tj. konzumace alkoholu, kávy, kouření tabáku. Z této tolerance vychází i postoj k závislým na těchto drogách. Jsou společností tolerováni až do okamžiku, kdy se pro ni stávají nějakým způsobem bezprostředním ohrožením. Vědomí toho, že „tohle děláme všichni“, je mocným faktorem ovlivňujícím postoje.

Ještě složitější je tomu u tzv. nelegálních drog. Už samotný fakt, že jde o manipulaci s návykovými látkami, které nejsou v naší společnosti tradiční, vede ke snížení společenské toleranci. V tomto případě jde ale o látky, jejichž výroba a distribuce stojí „pod zákonem“. Již samotné napojení na „drogovou společnost“, tedy na lidi, kteří drogy berou, vede často k fanatické kriminalizaci, i u pouze zvědavého jedince. Dochází jaksi samovolně k odsunu na periferii společnosti, do společenství marginálních „subkultur“. Tato společenství jsou společenskou „normou“ většinou odmítána, aniž je patrna snaha jejich problémům skutečně porozumět. Na druhé straně už samotná konzumace méně obvyklých návykových látek je často chápána jako prohřešek. Normy jsou přece stanoveny a musí se dodržovat. Ještě více komplikujícím faktem je u nelegálních drog jejich nesporná přitažlivost právě proto toto riziko, pro vyjádření odporu vůči většinové „normě“. Prokletí zakázaného ovoce stále funguje. Démonizace návykových látek, zamlžování skutečnosti a falešné moralizování jsou skutečnosti, které přitažlivost v tomto směru dále zvyšují.

2.2 *Rizikové faktory vzniku závislosti*

Je zřejmé, že na otázku, proč lidé berou drogy, není snadné odpovědět. Abychom se vůbec přiblížili skutečnosti, je třeba předem říci, že jednoduchá odpověď

neexistuje. Jde vždy o souhru celé řady faktorů, působících na toho kterého jedince existuje celá řada teorií vysvětlujících alespoň zčásti vznik závislosti na drogách.

Z pohledu analytické psychologie souvisí závislost s procesem individuace, tedy procesem sebeuskutečnění. Tento proces je analytickou psychologií studován a popisován. Příbuznost procesu individuálního a iniciačních rituálů minulosti vede k úvahám o tom, že závislost nemusí být spojena pouze s návykovými látkami, že může představovat změnu ve způsobu užívání látky, která byla původně používána v očekávání magického, archetypálního, esoterického při rituálech či obřadech.

V psychoanalytickém pojetí se hovoří při popisu základních prvků závislosti nejen o závislosti somatické a psychické, ale i o tzv. parareligiózní potřebě. Má společné archetypální kořeny, které např. u drogově závislých stojí v pozadí spontánní tvorby rituálů, sklonů k esoterismu, fanatismu a pseudoideologie.“

V dějinách lidstva nalezneme různé skupiny lidí zneužívající tutéž látku. Zákonnými zákazy se leckdy dosáhne opačného účinku: vytvoří se koheze (soudržnost) ve skupině závislých, čímž se podtrhne esoterický a iniciační charakter této skupiny. Vznikají subkultury s vlastním žargonem, vlastními pravidly. Rituály a magie esoterických sloganů dodávají těmto lidem zneklidňující a zároveň uklidňující důležitost. Z tohoto pohledu je parareligiózní potřeba vnímána jako prvek významně působící v etiologii závislosti, charakterizované jako sebedestruktivní aktivita.

Existují modely biologické, vycházející z představy jakési komplementarity mezi určitou drogou a určitým jedincem. Podle těchto teorií závisí vznik problémů na poměrně jednoduché podmínce vzájemného setkání těchto dvou způsobů. Není-li vhodná droga k dispozici, závislost nevznikne. Naopak, jestliže se jedinec s určitou drogou, na kterou je „biologicky nastaven“, setká, závislost vzniká neodvolatelně. Tyto teorie byly postupně různým způsobem modifikovány.

Existují dále modely, které jako základní faktor působící vznik závislosti udávají určitou, specifickou souhru okolností, bez které by závislost nevznikla. Tato souhra okolností spojená s přítomností určité drogy působí na organismus s příslušného jedince tak silně, že bariéry prevence se bortí a vzniká závislost.

Konečně existují modely, které jako základ závislosti na drogách vidí učení.

Učení nežádoucích postojů, kde příčinně působí především tzv. primární rodina (rodiče závislé osoby). Jedním z těchto modelů je tzv. pojmový model. Hovoří se zde o toxikomanii jako o součásti cyklického procesu, zahrnujícího tři nebo více individuů, zpravidla toxikomana a jeho dva rodiče. Tito lidé tvoří vzájemně závislý interpersonální

systém. Mohou nastat situace, které tento systém ohrožují. Roztržka mezi rodiči zesílí natolik, že hrozí nebezpečí rozvodu. Když k takové situaci dojde, může se zaktivizovat i chování další osoby – v tomto případě potomka, který experimentuje s drogami. V případě krize se pak vyvolává situace, kdy se pozornost dramaticky soustředí na něho. Demonstruje své drogové problémy (nález drogy v osobních věcech, předávkování apod.) a umožňuje tím rodičům opět změnit pozornost soustředěnou na jejich manželský problém – zpět na zvýšenou péči o něho. Podle tohoto modelu dochází k přeměnám z méně stabilní partnerské interakce na stabilnější interakci rodinnou. Když bylo úspěšně zabráněno manželské krizi, toxikoman zaujme méně provokativní pozici a chová se zodpovědněji. Tím ovšem vysílá signál, že by mohl fungovat nezávisle na své rodině a ponechat tak rodiče v obtížích partnerské komunikace. To opět zvyšuje tenzi, objevují se problémy a drogová situace se následně zhoršuje. Cyklus se uzavírá. Problémy s drogami se často objevují ve chvíli, kdy se v rodině začíná dostávat na pořad diskuse možný odchod dospívajícího potomka z domu. V rodině, která není schopna tyto potřeby pochopit, dochází k panice vedoucí k dramatickým poruchám komunikace. To pak zase přispívá k prohloubení původně třeba jen přechodného drogového experimentu. Postupný vývoj této rodinné patologie pak vede k tomu, že potomek není schopen rodinu opustit. Tyto neschopnost může být demonstrována různými projevy, přičemž závislost je jen jedním z nich. Zde pak dochází k častému výskytu tzv. pseudoindividualizace, tj. stavu jakéhosi falešného získání svobody. Droga se zde stává paradoxním řešením pro toxikomana i jeho rodinu. Dává pocit vnitřní síly a sebeprosazení, ale fakticky vedou vzniklé problémy k ještě silnější vazbě na původní rodinné prostředí. Prohlubování tohoto rozporu vede k růstu vlastní bezmocnosti, která je rodinou chápána jako nemoc a tudíž přijatelná. (Presl, 1994)

Na vzniku každé závislosti se podílejí jako základní faktory osobnost člověka a vlastnosti jeho organismu (např. fyziologické reakce); vlivy vnějšího prostředí, které lze diferencovat na obecné, sociokulturní vlivy, působení menších sociálních skupin a situačních podněty (např. tradice užívat drogu, její dostupnost, sociální model známého člověka, který ji konzumuje apod.). Výsledek interakce uvedených dvou skupin faktorů určuje pravděpodobnost vzniku závislosti na psychoaktivní látce.

Jak ve společnosti stoupal počet závislých jedinců, vzniklo mnoho studií, které se pokoušely vymezit typické rysy osobnosti drogově závislého člověka. Každý člověk si může vytvořit závislost na psychoaktivní látce. Významnou roli při tom hrají tyto faktory:

- Aktuální stresová situace jako spouštěč.
- Míra neschopnosti a neochoty člověka uvědomit si a přiznat riziko řešení osobních problémů pomocí drog.
- Uspokojivé sociální zakotvení (profesní a rodinné zázemí) a fungující vztahy s lidmi schopnými poskytnout potřebnou podporu snižující riziko volby tohoto způsobu řešení potíží.

Přestože nelze definovat typickou osobnost potenciálně závislého člověka, je možné vymezit sociální a psychické faktory, které zvyšují riziko vzniku závislosti. (Vágnerová, 1999, s. 296)

2.2.1 Osobnostní charakteristiky – dědičnost

Jak uvádí Presl, (1994, s. 49), neexistuje tak nešťastná kombinace osobnostních charakteristik, která by určitého jedince neodvolatelně předurčovala ke vzniku závislosti na drogách, ale ani taková, která by byla proti vzniku závislosti na drogách stoprocentně chráněna. Závislost lze v podstatě vypěstovat za určitých podmínek u každého. Dokonce nemusí jít o člověka, závislost lze vypěstovat i u laboratorního či jiného zvířete. I v těchto případech jde o typický průběh se vzestupem tolerance, zvyšováním frekvence dávek, se vznikem abstinčního syndromu. Mluvit ale jen o závislosti by bylo opět zjednodušením. Existují drogy, u nichž o závislosti v pravém slova smyslu nemluvíme – přesto jde o drogy s vysokými riziky užívání. Osobnostní predispozice, tedy vlastnosti, které riziko vzniku problému zvyšují, lze najít.

Dalekosáhle jsou v tomto směru zkoumány otázky dědičnosti. Je prokázáno, že v rodinách osob závislých na alkoholu je riziko vzniku závislosti u potomstva zvýšeno, i když jsou odstraněny jiné působící faktory (odděleně vychovávaná jednovaječná dvojčata).

Existuje zde jistě i řada obecných tzv. biologických faktorů, které mohou rizika pozdějšího vývoje zvyšovat. Jde o nejrozumnějším způsobem vzniklá prenatální poškození

plodu vedoucí k narození celkově oslabeného jedince. Působí jistě i zhoršující se životní prostředí, nevhodné až škodlivé složení stravy, alergizující faktory. Svoji roli hraje příliš vysoký či příliš nízký věk matky, který opět zvyšuje celkové riziko.

Nezbytné je zabývat se komplexní strukturou osobnosti jedince dosud nezasazeného drogou. Rozsáhlá odborná literatura se v tomto směru shoduje v tom, že nezvykle vysoké procento osob s pozdějšími drogovými problémy má již premorbidně stanovitelnou psychiatrickou diagnózu. Nejčastěji je zde citován sklon k poruchám v emoční sféře, především náchylnost k patologickému smutku, k tzv. depresím. Jako další významné faktory jsou uváděny vlastnosti jako nezdrženlivost, nestálost, zvýšená sebestřednost, sklon k požívačnosti a snížená odolnost vůči běžné denní zátěži. Těchto faktorů lze najít celou řadu.

2.2.2 Vliv prostředí

Jde o faktory, které se podílejí na vzniku problémů s drogami či závislosti zřejmě nejvýznačněji. Do této široké skupiny lze vlastně zařadit působení všeho, co nás obklopuje. Rodiče a sourozenci, vrstevníci, parta, škola, zaměstnání, vojenská služba, působení společnosti jako takové svými hromadnými sdělovacími prostředky (rozhlas, televize, tisk), veřejné mínění atd. jsou všechno faktory, které formují náš postoj k světu, a proto také k návykovým látkám obecně. Dále pak k osobám, které drogy berou, k prevenci, léčbě a represivnímu působení – prostě k drogám jako celku. Vytváření vlastního postoje se postupně vyvíjí, jde o proces učení. Tento proces probíhá nejintenzivněji tam, kde vlivy prostředí jsou nesilnější, tedy v rodině. Rodiče poskytují základní identifikační vzory. Vznikají zde modelové situace a na základě jejich řešení dochází k posilování vhodných či nevhodných reakcí. (Presl, 1994)

Vliv rodiny:

Dominantním prvkem působícím na vznik drogového problému se zdá být v rodině matka. Otec často není vůbec přítomen, a pokud je, pak funguje spíše v pozadí, mnohdy stereotypně jedním způsobem. Mnohdy jde o tzv. dysfunkční rodiny, kde vnitřní vazby selhávají a rodina funguje pouze navenek. O to více se na toto fungování

nahlíží jako na důležité a je mu přikládána nadměrná pozornost. Pokud jeden rodič chybí, druhý přebírá automaticky i jeho identifikační roli, což vede postupně k mnoha problémům.

Rodinná náchylnost může zahrnovat zneužívání alkoholu či drog, slabé rodičovské schopnosti, shovívavý přístup rodičů k deviacím a rozpad rodiny. Rizikové společenské prostředí zahrnuje nedostatek ekonomický a sociální, toleranci k užívání drog a snadný přístup k nim. Přesto i vysoce rizikové prostředí nemusí mít nutně za následek, že někdo začne brát drogy. Někteří lidé mají pozoruhodnou odolnost a schopnost ochrany, které jim umožňují odolávat silným společenským podnětům k užívání drog.

Je prokázáno, že užívání drog předchází vždy alkohol. (Presl, 1994)

Vliv vrstevníků:

Dalším významným faktorem zvyšujícím riziko drogového problému je vliv vrstevníků, kamarádů, part či různě strukturovaných společenství. Tento faktor ovšem působí oběma směry. Stejně jako může určitá struktura společnosti riziko drogového abúzu zvýšit (patry, kde postoj k drogám je vstřícný nebo kde s drogami se experimentuje či se již pravidelně berou), pak existují i společnosti, kde riziko abúzu je spíše menší.

U skupin mládeže s vysokou vnitřní soudržností, s vysokým stupněm identifikace, záleží na hodnotícím postoji. Je-li vůči drogám záporný, pak příslušnost k takové skupině působí jako skvělá protidrogová prevence.

Jinak je tomu ovšem u skupin mládeže, kde vztah ke drogám je vysoce tolerantní nebo je droga součástí určitého stylu. Tyto skupiny nejsou ale nijak přísně strukturovány, jde spíše o volná seskupení příznivců určité životní filozofie nebo jen módního trendu. Sem by se dala zařadit například populární vlna „house“ kultury, „rave“ parties apod. Ve všech těchto společenstvích je ale droga chápána jako módní prostředek pro dosažení příjemného stavu, jako cosi, co slouží „víkendově“ nebo rekreačně. Droga je zde pouze prostředkem, nikoli cílem. I způsoby aplikace drog jsou spíše méně rizikové.

Přes všechny uvedené rozdíly lze říci, že „peer pressure“ neboli tlak ze strany vrstevníků je vždy velmi významným faktorem. Na této skutečnosti je založena i jedna z metod protidrogové prevence. Ta se snaží využít tohoto tlaku správným směrem, resp.

Používat jako nositele protidrogových postojů mezi mládeží jednotlivce, kteří prošli výcvikovým programem.

Tolerance vůči drogám různého druhu je v naší současné mladší společnosti dost vysoká, ať máme na mysli drogy legální či ilegální. Drogové experimenty jsou poměrně častým jevem, ale ve většině případů to u nich končí. Existují také určité hranice, kam až se při tomto experimentování jde. Naprostá většina mládeže dovede odhadnout míru rizika, a i když projde drogovým experimentem, do problému se nedostane. Experimentování prostě patří k určitému věku a uspokojení z toho, že „vím, o co jde“ může být pro další život pozitivním faktorem. Schopnost odmítnout, postavit se tlaku vrstevníků ve smyslu prosazení vlastní individuality, prožít si pocit odmítnutí se zadostiučiněním a nikoli s pocitem viny je jednou ze základních schopností, ke kterým by nás měla výchova vést. Tento způsob výchovy dítěte je nejpřirozenější prevencí nejen vůči drogovým problémům, ale i dalším civilizačním chorobám. (Presl, 1994)

Partnerský vztah:

Významným faktorem patřícím do této skupiny vlivů je partnerský vztah. Bylo již řečeno, že rozvoj drogové závislosti vede k postupné izolaci jedince, a tedy i k rozpadu původně funkčního partnerského vztahu. Život s člověkem závislým na drogách, ať legálních nebo ne, je utrpení. Nezávislý partner je neustále vystaven sérii manipulací postiženého jedince s cílem zbavit se zodpovědnosti za vlastní jednání a převést ji na své okolí. Drogy vedou k určitému stereotypu života, který se v určité fázi stává pro závislého významnější, než droga sama. (Presl, 1994)

Vliv profese:

Stejným způsobem nás může ve vztahu k drogám pozitivně či negativně ovlivňovat profese. Může být rizikovým faktorem (místa se zvýšenou dostupností návykových látek), může být ale zároveň silnou motivací pro změnu vzniklého drogového stereotypu života.

Profese vysoko zasazená v hodnotovém systému působí pozitivně. Problémem ale je, že v klasickém toxikomanickém prostředí buď ke vzniku profese vůbec nedošlo (drogy tu byly prostě dříve), nebo byla její ztráta jedním z prvních příznaků vzniklého drogového problému. Rizikem poslední doby jsou profese, které s sebou nesou celkovou vysokou zátěž organismu.

Jedná se o drogový problém u vrstvy vysoce vytížených, úspěšných podnikatelů. Mají vysokou zodpovědnost, což přináší trvalý stres, který se může projevat pocity úzkosti, poruchami koncentrace, nespavostí apod. (Presl, 1994)

Pokud je známo, jakým způsobem může prostředí snížit či zvýšit vnímavost jedince k zneužívání návykových látek, můžeme se naučit, jak klást odpor jeho negativním vlivům a jak podpořit vlivy pozitivní.

Prostředí může na druhé straně působit preventivně a od užívání návykových látek odrazovat. Stabilní rodiny s rodinnými rituály a sociální podporou společnosti, modely chování příbuzných, pedagogů a přátel, které nepodporují užívání návykových látek, to vše činí zneužívání návykových látek méně pravděpodobným. Tak je to také v případě skupiny vrstevníků, které se vyhýbá užívání drog, společností poskytovaných alternativ, společenských svazků a vědomí kulturních hodnot.

Vlivy minulého prostředí nás ovlivňují i v současnosti. Čím silnější je naše rodinná a sociální odolnost k zneužívání návykových látek, tím méně budeme náchylní k vlivu těchto látek v prostředí střední či vysoké školy. Pro vysokoškoláky typické pití alkoholu buď může odrážet rodinné či sociální zvyky nebo se naopak může od nich lišit. Může také vyplývat ze studentových očekávání zrovna tak, jako ze školních tradic a převládajícího mínění ve společnosti. (Heller, Pecinová, 1996, s. 48)

2.2.3 Psychické rizikové faktory

Obecně by se asi daly predisponované osobnosti zařadit do dvou hlavních skupin.

Jednak jsou to osoby zvýšeně citlivé, zranitelné a úzkostné, často s pocity vlastní nedostačivosti vůči svému okolí. Tito lidé mají problém v komunikaci, jsou zraňováni ve svých vztazích k autoritám a trpí svojí neschopností navázat uspokojující partnerský vztah. Do této skupiny patří i sklony k úzkostnému sebesledování a očekávání i objevování různých chorob. Je pak vcelku pochopitelné, že setkání takto strukturované osobnosti s drogou stimulačního typu, která jí poskytne právě to, co se nedostává, může být velmi významné. Zjištění toho, že stav intoxikace umožňuje překonat zatím nepřekonatelné, že dochází k jakési proměně osobnosti, zasahuje plnou silou.

Stejně silně pak působí fakt, že tato posila je jen dočasná a že návrat do normy je mnohdy spojen s nepříjemnými prožitky. Tento dobře známý stav je ve slangu označován jako „dojezd“. Jde o jakési vychýlení opačným směrem, tedy namísto stimulace nastupuje skleslost a únava. Nástup tohoto nežádoucího stavu je často potlačován drogami jiného typu, což celou situaci dále komplikuje. Již samotná charakteristika stimulačních drog, kde je vyjádřen především tzv. psychický abstinenci syndrom nutkavá touha vracet se znovu do stavu intoxikace, je pro vznik závislosti dostatečně riziková. Jestliže tuto drogu bere člověk jako způsob řešení svých problémů, riziko závislosti je enormní.

Druhou skupinu lidí se zvýšeným rizikem vůči závislosti lze charakterizovat jako osobnosti spíše extrovertní, obrácené svojí reaktivitou navenek. Projevuje se zde často zvýšená dráždivost, snížená schopnost koncentrace, sklony k impulzivitě a dramatizování spolu se zvýšenou sebestředností. Zvýšená aktivita, projevovaná nevhodným způsobem. Vede k problémům již ve školním věku a později pak i ke konfliktům s okolním až agresivním projevům. Psychiatrická terminologie hovoří o osobách anomálních, o osobnostech s psychopatickým vývojem. Pro jedince takto strukturované bývá významným zážitkem setkání s drogami tlumivého typu, především s opiáty. Dochází u nich k prožití nepoznaného stavu vnitřního klidu a míru, relaxaci a harmonii s okolím. Rozpouští se vnitřní napětí, člověk se celkově uvolňuje a tento pocit je nesrovnatelně intenzivnější než všeobecně známý relaxační efekt alkoholu. V jistém smyslu by se dalo říci, že intoxikace opiáty je méně riziková (tedy pro okolí intoxikovaného, ne pro něho samotného), protože nepudí k akci, člověk je spokojen s klidným prožíváním vnitřního míru. Stejně jako u první skupiny je zřejmé, že pro disponovaného jedince je setkání s příslušnou drogou významnějším jevem než pro osobu, které tyto dispozice chybí a která je vůči drogám v jaksi neutrálním postoji. Závislost pak vzniká u opiátů rychle podporována bryslným zvyšováním tolerance a nepříjemně prožívaným fyzickým (somatickým) abstinenci syndromem.

Nejen v naší současné situaci, ale i ve světě převládá tzv. polymorfní způsob braní drog. Člověk tedy bere drogu více, není přesně zaměřen jen na jednu skupinu.

Bylo by také zjednodušením domnívat se, že k návykovým látkám inklinují pouze osobnosti v jistém smyslu anomální, a že tudíž mezi závislými jedinci je tato charakteristika nutná. Není tomu tak. U těchto jedinců jde pouze o zvýšené riziko.

Problémy s návykovými látkami riskuje každý sebenormálnější jedinec. Zde ovšem dochází většinou k významnému působení dalších příčinných faktorů. (Presl, 1994)

Pravděpodobnost užití drogy zvyšují tyto psychické vlastnosti:

- *Emoční prožívání* je typické nedostatkem vnitřní pohody, zvýšenou dráždivostí a labilitou, častým psychickým napětím, úzkostí či depresí spolu s pocitem generalizované frustrace.
- *Rozumové hodnocení*. K drogám inklinují lidé obtížně se orientující v situaci, kteří nejsou schopni adekvátně posoudit sebe samé ani okolní realitu. Extrémní a neadekvátní sebehodnocení, nízká sebedůvěra, nedostatek konzistentního a integrovaného směřování a vázanost na aktuální situaci zvyšují riziko nepřiměřeného řešení potíží.
- *Odchytky v oblasti autoregulace*. Oslabení volní složky, nižší sebekontrola, tendence k impulzivité a nezdrženlivému chování, situačně ovládané jednání. Neschopnost odložit uspokojení aktuálně pociťovaných potřeb souvisí s nedostatkem dlouhodobého směřování. Riziko experimentování s drogami zvyšuje rovněž zvýšená touha po větším vzrušení, než jaké poskytuje běžný život.
- *Rigidita reagování*. Závislí lidé mají tendenci užívat stále stejné a situaci neodpovídající vzorce chování. Nedovedou se poučit ze zkušenosti. Výsledkem bývají další neúspěchy a zátěže, které posilují obecné pocit frustrace.

Takto disponovaní lidé, kteří často pociťují nepohodu, nedovedou se dobře orientovat, jsou nejistí, labilní a neschopní zvládat problémy, se častěji dostávají do stresu. Riziko je hlavně v tom, že zátěž pro ně představují i běžné situace. Droga se stává přijatelným prostředkem řešení, protože je poskytuje hned a bez námahy. (Vágnerová 1999, str. 298)

2.2.4 Věk jako rizikový faktor vzniku závislosti

Riziko vzniku závislosti na drogách je nejvyšší u mladých lidí. V roce 1996 tvořili lidé ve věku od 15 do 24 let 75 % skupiny uživatelů drog. Podíl mužů a žen se začal vyrovnávat, i když muži stále převažují. (1,9:1)

V době dospívání má největší význam přítomnost. Ohrožení a výstrahy týkající se vzdálenější budoucnosti nemají velkou přesvědčivost. Významná je i zvýšená tendence riskovat, mladistvým chybí zkušenost a náhled na vlastní zranitelnost.

Odmítání hodnot a stylu života dospělých se projeví volbou experimentu s drogami, 14 % mladých užívá drogu jako jednu z forem protestu. Vytváření vlastní identity je náročný proces, dospívající bývá nejistý, nevěří si. Prostřednictvím drogy může získat pocit euforie, uvolnění, a hlavně dostatečné sebejistoty. Má pocit, že všechno je snadné a možné zvládnout. Experimentující začátečník o případném riziku příliš neuvažuje. (Vágnerová, 1999, s. 298)

2.3 Vznik a vývoj závislosti na psychoaktivních látkách

Jak uvádí Marhoulová a Nešpor (1995, s. 55), při pokračujícím užívání drog může v mozku dojít ke změnám, a to vtisknutím určitého typu chování. Je důležité vědět, kdy užívání psychoaktivních látek takové změny začne vyvolávat.

Když v době našeho narození vstupujeme do života, jsme dědičností obdařeni 200 miliardami mozkových buněk. Již ve věku deseti let se vlivem prostředí vyvinula naše osobnost a chování a vytvořila se většina trvalých spojení mezi nervovými buňkami našeho mozku. V průběhu života se neustálým učením vytvářejí další spojení mezi našimi nervovými buňkami, a tak to pokračuje až do naší smrti. Užíváním psychoaktivních látek můžeme existující nervová spojení měnit.

Každá psychoaktivní látka mění specifickým způsobem chemické pochody v našem nervovém systému, především v mozku a míše. Navíc každá osoba reaguje různým způsobem na stejnou dávku drogy.

U každého konzumenta platí, že čím větší je množství, frekvence nebo délka užívání, tím rychleji dochází ke změnám. Ironií je, že přirozenou snahou těla je chránit se proti těmto změnám, a tím dochází k většině problémů: toleranci, abstinenčním příznakům a nezvladatelné touze po droze.

Časem si tělo vytváří přirozenou odolnost, která se nazývá tolerance jak k fyzickým, tak i psychickým účinkům návykových látek. Následkem je, že k dosažení stejného výsledku je zapotřebí stále vyšších dávek drogy.

Pokud dojde v organismu ke změnám v důsledku nadměrné konzumace drogy, pak její vysazení způsobí, že se tělo snaží vrátit k normálu. Tato zpětná vazba vyvolává tzv. abstinenční příznaky, jako je bolest hlavy při nedostatku kofeinu, kocovina,

heroinové pocení a bolesti v těle nebo záchvaty při vysazení Diazepamu. Ve skutečnosti už i strach z těchto příznaků může nutit k dalšímu užívání drogy.

Vzpomínka na nepříjemný pocit, fyziologické změny vyvolané tolerancí a strach z abstinčních příznaků, to vše dohromady může navodit neodolatelnou touhu po droze, která může vést od experimentování, přes společenské užívání, návyk zneužívání až k závislosti.

Návyk užívat drogu, resp. proces vzniku závislosti na ní, je procesem komplexní proměny v oblasti somatické, psychické i sociální.

Droga má určité fyziologické a psychické účinky, které jejího konzumenta vedou k opakovanému užití. Droga sice vyvolává žádoucí pocity, ale je třeba stále větší a častější dávky, protože organismus získává stále větší toleranci. Čím delší je užívání (tzn. čím větší a častější dávka), tím více se mění různé autoregulace. Člověk není schopen přestat. Obrannou reakcí je racionalizace abúzu a identifikace se subkulturou drogově závislých.

Tento proces posilují sociální důsledky užívání drogy, negativní reakce a odmítání, které postupně zatlačí konzumenta do sociálně stigmatizující role narkomana. Závislý člověk nemá sílu, a mnohdy ani motivaci, se z tohoto kruhu dostat. (Vágnerová 1999, s. 299)

2.3.1 Stádia vzniku drogové závislosti

Drogová závislost vzniká postupně, ale mnohem kratší dobu než závislost na alkoholu. Proces vzniku závislosti lze rozdělit do 4 etap.

A) Stádium experimentování

Primární impuls k experimentování s drogou může vycházet z nudy, zvědavosti, touhy po něčem neobyčejném, vzrušujícím a, pokud možno, tabuizovaném, protože v této oblasti lze dokázat svou nezávislost na autoritách. Tendence zkusit drogu posilována sociálně. Obvykle je to adolescent, kdo okusí drogu, kterou mu někdo nabídne.

Značnou roli v této situaci hraje sociální model, vzor lidí, kteří drogu užívají a jsou pro adolescenta atraktivní. Naslouchají mu, akceptují jej, on si s nimi rozumí

a nechce je ztratit. Nejčastějšími distributory drog jsou spolužáci, nikoli cizí osoby. Do určité míry jde také o módu; moralizování dospělých nemůže touze po takové zkušenosti zabláznit.

Příčinou může být i potřeba uniknout od problémů, jež adolescent neumí nebo ani nechce řešit. (V této době si neuvědomuje, že droga trvale nic nevyřeší. Osobní potíže zůstávají a postupně k nim přibývají další, které jsou důsledkem užívání drog.)

Významnou spouštěcí situací může být osobní nouze, problém, s nímž si neví rady a potřebuje se s ním nějak vyrovnat. Často tehdy, když nemá nikoho, kdo by mu pomohl. Droga nabízí únik mladý člověk ho přijme.

Lidé bez problémů experimentují s drogou proto, že nemají problémy, a hledají vzrušení; lidé s vážnými problémy sahají po droze proto, že problémy mají, a chtějí od nich uniknout. To mimo jiné ukazuje, že neexistuje jeden obecný model prevence.

V počáteční fázi užívání drogy skutečně vyvolávají žádoucí pocity: uvolněnost, štěstí, sebejistotu, zvyšují schopnosti, aktivitu. Zbavují člověka úzkosti, strachu a nejistoty. Poskytují mnoho pozitivního, ale pouze na začátku. Později jsou nutností k udržení zdání normálního stavu. Člověk experimentující s drogou si tuto skutečnost nepřipouští a moralizování ani sankce na něj neplatí. (Vágnerová 1999, s. 299)

B) Fáze příležitostného užívání

Člověk se naučil, že mu droga může pomoci v situaci nouze nebo nudy, a proto ji za těchto okolností používá. Návyk zatím nemá, a tak ji neužívá pravidelně. V této fázi konzument většinou tají, drogu aplikuje. Uvědomuje si, že droga není dobrým řešením, a proto ji zapírá. Ještě mu záleží na vztazích k blízkým lidem a na jeho profesní roli (pokud ovšem nějakou má). (Vágnerová 1999, s. 299)

C) Fáze pravidelného užívání

Člověk užívá drogu čím dál častěji, ale stále popírá riziko takového jednání. Nechce si připustit jeho závažnost, snaží se okolí přesvědčit, že „nedělá nic špatného“. (Vágnerová 1999, s. 300)

D) Fáze návykového užívání

S postupující závislostí se zvyšuje lhostejnost k čemukoli, co se netýká drog. Závislý člověk ztrácí motivaci. Už se nesnaží svůj návyk skrývat. Nemá na to čas ani

energii, a navíc mu přestává záležet na mínění druhých. Ztrácí svou profesní roli. Rozbívá vztahy s přáteli, s rodinnými příslušníky, a nevadí mu to. Stává se nespolehlivým a bezohledným. Udržuje kontakt jen s takovými lidmi, kteří rovněž užívají drogy.

Ze subjektivního pohledu a zkušenosti samotných narkomanů se jeví proces rozvoje této závislosti typický. Nyní má droga jiný význam, už nepovznáší, ale je o to víc potřebná. Člověk je na ní závislý, už se bez ní neobejde. Buď ji akceptuje jako trvalou součást svého života, anebo naopak se jí chce zbavit, protože se děsí dalšího propadnutí své osobnosti.

(Vágnerová 1999, s. 300)

2.4 Typické projevy abúzu různých nealkoholových látek

Závislost na opioidech

Do skupiny opoidů patří opium, morfin a jejich syntetické deriváty, např. heroin a methadon. V roce 1996 tvořila tato skupina 21,7 % všech českých konzumentů drog. Tyto látky vyvolávají rychle silnou biologickou i psychickou závislost. U závislých na heroinu je značné riziko předávkování, které může končit smrtí. Navíc narkoman nikdy přesně neví, jak silná je dávka, již si koupil. Opiáty vyvolávají stav blaženého uvolnění, útlumu, otupělosti až oblouzení, omezení funkce pozornosti, paměti a úsudku, zpomalují všechny projevy. Postupně devastují osobnost, zničí schopnost sebekontroly a respekt k běžným sociálním normám.

Závislost na kanabioidech

Do skupiny kanaboidů patří hašiš a marihuana, které se získávají z indického konopí. Kouření „trávy“ nepovažují mnozí mladí lidé za škodlivé. V roce 1996 užívalo kanabioidy 12 % českých konzumentů drog. Jsou to drogy, které euforizují, ale mohou vyvolávat i úzkost, vedou k pocitu zpomalení času, vyvolávají zrakové, sluchové nebo taktilní iluze a halucinace. Závislost na kanabioidech je psychického rázu, zjevná biologická závislost zde nevzniká.

Závislost na užívání sedativ a hypnotik

Léková závislost se rozvíjí zpravidla dlouho, mezi lidmi v tomto směru existují značné rozdíly. Hypnotika a sedativa mohou sloužit jako doplněk jiných látek, pro závislé býval atraktivní např. alnagon. Vlivem abúzu těchto látek dochází k navození útlumu, zpomalení celkové reaktivity, k poruchám myšlení, ke zhoršení pozornosti a paměti, k výkyvům emočního ladění. Při dlouhodobém užívání vzniká biologická i psychická závislost. Abstinenční syndrom má těžké somatické projevy a může mít velice nepříznivý průběh, někdy končí i smrtí.

Závislost na užívání stimulancií

Stimulancia zvyšují bdělost, zrychlují tepovou frekvenci i metabolismus, mívají anorektický účinek. Proto jsou často zneužívány jako doping lidmi, kteří potřebují zlepšit nebo prodloužit bdělost, pozornost, a tím i výkonnost. Mezi českými narkomany je oblíbený pervitin neboli „perník“, který se aplikuje nitrožilně v roce 1996 představovali konzumenti těchto drog 43,7 % všech uživatelů. Pervitin aktivizuje, po jeho užití vzniká pocit zvýšení energie a bdělosti, člověk má pocit, že všechno zvládne. Biologickou závislost pervitin nevyvolává. Starší narkoman říká: „Perník je budík. Je dobřej, ale je to droga mladejch. Oni si bouchnou, běhají, skákají, baví je to ulítávat.“

Abstinenčním projevem je dysforická, špatná nálada, někdy až těžká depresese suicidálními tendencemi, pocity únavy a poruchy spánku doprovázené nepříjemnými sny.

Závislost na halucinogenech

Nejznámější je LDS, jež se obvykle užívá ve formě tzv. tripů, papírových polštářků napuštěných drogou, a psilocybin, který je obsažen v houbách lysohávkách (oblíbených českými toxikomany). Velmi nebezpečná je droga extáze. Tyto látky vyvolávají stavy excitace, změny nálady a vnímání. Vzbuzují pocity depersonalizace a derealizace. Porucha soudnosti a zhoršené sebeovládání zvyšují tendenci k impulzivnímu jednání, jež může mít negativní důsledky. Mohou se objevit i ataky úzkosti či panické reakce. U lidí, kteří užívali delší dobu halucinogeny, se mohou po určité době abstinence objevit flešbky (viz dále). Halucinogeny nevedou k (výrazné) biologické závislosti, ale je zde značné riziko vzniku psychické závislosti.

Závislost na organických rozpouštědlech

V roce 1996 bylo mezi všemi uživateli drog 8,4 % „čichačů“ organických rozpouštědel. Zneužíván je u nás např. toluen, trichloretylen, benzin apod. Organická rozpouštědla jsou velmi nebezpečnou skupinou drog. Jsou velmi levná, snadno dostupná, a proto je zneužívají hlavně děti a dospívající. Je zde značné riziko poškození zdraví i smrti. Závislost je psychického charakteru, biologická závislost se nevytváří. Inhalování rozpouštědel vyvolává vrávorání a nepřiměřené emoční reakce.

Chronické užívání má závažné následky somatické i psychické. Vede k celkové degradaci osobnosti, zanedbávání zevnějšku, k hrubosti, bezohlednosti a nakonec k demenci.

(Vágnerová 1999, s. 301)

2.5 Důsledky závislosti

Závislost, která vede k nadměrnému užívání psychoaktivních látek, poškozuje člověka biologicky, psychicky i sociálně.

2.5.1 Somatické důsledky závislosti

Závislost na psychoaktivních látkách může primárně či sekundárně poškodit somatické zdraví jedince (např. změnou stylu života, nerespektováním hygienických pravidel při nitrožilní aplikaci atd.). může jít např. o poškození centrální nervové soustavy, jater, ledvin, zažívacího traktu, cév, je zvýšené riziko infekce hepatitidy a HIV atd.

Vlivem užívání psychoaktivních látek se negativně mění i zevnějšek člověka (droga může mít anorektické účinky, což se projeví nápadným vyhubnutím, nitrožilní aplikace vede k devastaci žilního systému, vpichy se mohou změnit v abscesy apod.). závislý člověk celkově tělesně chátrá a přestává o sebe dbát, neudržuje hygienu apod. Taková změna nakonec ovlivní i jeho sebevědomí. (Vágnerová, 1999, s. 303)

2.5.2 Psychické důsledky závislosti

Závislost na psychoaktivních látkách mění psychické reakce, procesy i vlastnosti a v souhrnu celou osobnost závislého jedince. Dlouhodobé užívání takových látek může vytvořit tzv. organický psychosyndrom, změny osobnosti vyvolané poškozením mozku.

- *Emoční prožívání je deformované*, citové reakce nejsou vždy přiměřené vyvolávajícímu podnětu. Závislý člověk bývá labilnější, dráždivější, se sklonem k extrémním citovým prožitkům (ať už jde o změny emocí pod vlivem užívání drogy nebo projev abstinenčního syndromu).
- V *kognitivní oblasti* dlouhodobé užívání psychoaktivní látky zhoršuje schopnost koncentrace pozornosti, paměťové funkce a nakonec může vést až k demenci. Zde je zřejmá souvislost se vznikem organického psychosyndromu a prohlubujícím se poškozením CNS. Nápadný a rychlý průběh má např. při inhalaci organických rozpouštědel.
- Užívání psychoaktivních látek mění *aktivační úroveň*. Pod vlivem drogy může být člověk buď extrémně aktivizován (např. po užití pervitinu), nebo je naopak neschopen jakékoliv aktivity. Útlum může nastat pod vlivem drogy (např. heroinu, toluenu apod.), nebo naopak závislý člověk drogu potřebuje, aby se vůbec aktivizoval.
- Závislý člověk má jinou *hierarchii hodnot*, která ovlivňuje i jeho autoregulaci. Nemá dostatek vůle k překonání potíží, s nimiž je užívání drogy spojeno. Nebývá schopen potřebného sebeovládání, i když by si přál dávku alespoň nezvyšovat. Student závislý na pervitinu říká: „já prostě vždycky když si dám, tak si řeknu, že jsem udělal šílenou hovadinu.“ Po určité době za své jednání přestává pociťovat vinu, jediným cílem se stává droga. K úspěšné léčbě je ovšem důležitá motivace, bez ní nelze dosáhnout žádoucího efektu.
- Návyk na drogu mění *životní styl*. Výrazně jej ochuzuje, takže se nakonec stává značně redukovaným stereotypem. Život závislého člověka je naplněn aktivitou zaměřenou na získání drogy, její užití a opakování těchto činností stále dokola. Paradoxní je, že počáteční motivací k užití drogy bývá často potřeba změnit všednost života a nějak jej obohatit. To se ovšem podaří jen velmi krátce. Závislost přinese jiný, pevnější a těžko zvládnutelný stereotyp. Svůj život posuzují různí drogově závislí lidé dost podobně.

- *Závislému člověku nakonec zbývá jen droga*, všechno ostatní ztratil, zmizelo, přestalo mít svůj význam. *Člověk závislý na droze nemá budoucnost*, neplánuje ji, neuvažuje o ní, nechce o ní nic vědět. Je soustředěn na přítomnost.
- *Osobnost závislého postupně upadá*. Dochází k mnoha závažným změnám, např. k psychopatizaci osobnosti, k úbytku schopností apod. Někdy si člověk svůj úpadek uvědomuje, zhoršuje se jeho sebehodnocení. Ale ani v těchto případech nebývá schopen aktivní obrany, má pocit, že se už nedá nic dělat, přežívá ze dne na den, bez vyhlídky na budoucnost. Dlouhodobé užívání psychoaktivních látek může vyvolat i závažné duševní poruchy.
- *Poruchy psychotického charakteru* vznikají jako následek zneužívání psychoaktivní látky. Jejich typickými projevy jsou poruchy vnímání, halucinace, bludy, narušení citového prožívání, objevují se neadekvátní emoce (např. silná úzkost) a poruchy psychomotoriky (např. ztuhnutí).
- *Amnestická porucha*, která se projevuje zhoršením paměti, a *demence* (objevují se relativně brzy u čichačů organických rozpouštědel).

Ani krátkodobá abstinence nemusí člověka zbavit potíží. Jednak je zde riziko recidivy, jednak některé psychické změny (např. v emotivním ladění) mohou přetrvávat ještě v době, kdy už jedinec drogu neužívá. V této souvislosti bývají často uváděny tzv. psychické reminiscence neboli flešbky. Do této kategorie patří spontánní návraty halucinací, iluzí (obvyčně zrakových, ale mohou se týkat jakéhokoli smyslového okruhu včetně vnímání času, prostoru a vlastní osoby). Vrací se intenzivní emoční prožitky a pocity (např. pronásledování), které jedinec prožíval dříve, v době, kdy užíval drogu. Takové pocity trvají krátce, ale mohou být relativně časté. Objevují se ještě dva roky po poslední dávce halucinogenů nebo marihuany.

(Vágnerová, 1999, s. 305)

2.5.3 Sociální důsledky drogové závislosti

Závislost na psychoaktivních látkách má významné sociální důsledky, které často vyplývají z psychických změn a odlišného chování závislých lidí.

Závislý jedinec přestává respektovat příslušné normy, neplní svoje povinnosti, přestává chodit do zaměstnání nebo do školy.

Mění se jeho vztahy s lidmi. Chování závislého člověka je pro jeho okolí většinou nepřijatelné. Pod vlivem změny své hodnotové orientace (kde získává nejvýznamnější postavení droga) přestávají mít ostatní hodnoty svůj význam.

Závislý člověk se stává nespolehlivým, sobeckým a necitlivým k potřebám ostatních lidí. Ačkoli demonstruje svou svobodu, je v základních věcech odkázán na okolí, není soběstačný. Parazituje na rodině, protože v pokročilejší fázi není schopen pracovat, a pokud něco vydělá, utratí to za drogu. Když nemá rodinné zázemí, parazituje na společnosti.

Hodnota drogy je pro závislého člověka tak silná, že je pro její získání ochoten krást, prostituovat apod. Je schopen podvádět a využívat i blízké lidi. Činí to tak dlouho, dokud se tyto vztahy závažným způsobem nenaruší.

Člověk závislý na droze se postupně stává pouhou přítěží, rodina rezignuje, když vyčerpala všechny dostupné možnosti. Mnohdy závislý člověk z rodiny odchází, přebývá u podobně postižených nebo se stává bezdomovcem.

Hlubší a kvalitnější citový vztah nevydrží, ani když užívají drogu oba partneři. Schopnost navázat a udržet citový vztah závislost na psychoaktivní látce ničí. Droga má větší subjektivní hodnotu než všechno ostatní. Nakonec přetrvávají jen náhodné vazby se stejně postiženými lidmi. (Vágnerová 1999, s. 306)

2.6 Klasifikace drog

2.6.1 Stimulační drogy

Poskytují energizaci, empatii, opadnutí zábran, zvyšují výkonnost. Stimulují organismus jako celek. Velmi rychle způsobují zásadní změny psychiky, bludy, sebezničující fantazie, pocity neodvratného ohrožení až po formu paranoidně-halucinatorního syndromu – stavy neovladatelné paniky.

Mezi stimulační drogy se řadí původně česká specialita pervitin, odvozená látka získaná z efedrinu, který je součástí některých léků. Užívá se nitrožilně, nebo se v souladu s posledním trendem šňupá. Kromě nebezpečnosti látky samotné je velmi rizikovou záležitostí její čistota po chemickém zpracování lékové substance. Vedlejší

účinky pervitinu, především jeho toxicita, mohou být okamžitě stejně nebezpečné jako droga sama.

Další ze skupiny stimulačních drog je kokain, přírodní látka získaná z listů keře *Erythroxylon coca*. Žvýkání listů koky patří či patřilo do kulturního obrazu některých etnických skupin např. v Jižní Americe. Izolovaná látka se původně užívala v lékařství pro lokální umrtvování. Kokain se užívá především upravený pro šňupání. Obdobná látka upravená pro kouření se nazývá crack (krek).

Mezi stimulační drogy patří i relativně nová záležitost – ecstasy (extáze). Je označována za „drogu budoucnosti, drogu vykoupení“ a užívána především mladými lidmi v prostředí klubů. Poskytuje to, co mladý člověk v dnešní době postrádá: empatii, nekonfliktnost, porozumění. Jako všechny stimulační drogy však postupně vyvolává stavy toxické psychózy. Podává se orálně v podobě tabletek nebo kapslí. (Novotná – Kremličková 1997, s. 50)

Pervitin

Jak vypadá: Nejčastěji světlý prášek nebo roztok určený k injekčnímu podávání.

Jak se projevuje účinek: Zrychlený tep, rozšířené zornice, halucinace, neklid, podrážděnost, vzrušení, třes, podezíravost, úzkosti, po doznění účinku drogy útlum, spavost a deprese. Časté pocity pronásledování, vnímání neexistujících osob, podivné chování, nespavost. Později horečky, vyrážky, větší náchylnost k nemocem, bolesti hlavy, poruchy vidění.

Největší rizika: Častější úrazy, agrese vůči druhým, poškození srdce, jater, riziko smrtelných otrav. Prudký vzestup krevního tlaku může způsobit mozkovou mrtvici nebo srdeční selhání. Rychlý rozvoj závislosti. Pod vlivem drogy může člověk jednat nesmyslně a být nebezpečný sobě i druhým.

(Nešpor, Csémy, Pernicová, 1998, s. 20)

Kokain

Jak vypadá: Bílý prášek. Crack je bílá hmota.

Jak se projevuje účinek: Rozšířené zornice, výtok z nosu, pocení, větší citlivost na světlo, bledost, kolísání nálad, záchvaty vzteku, spánek ve dne, bdění v noci. Později chraplavý hlas, kašel, tmavý hlen, zácpa, bolesti v krku,

krvácení z nosu, záchvaty křečí. Ztráta váhy, problémy s pamětí, pocity pronásledování, sklon k násilí.

Největší rizika: Deprese a sebevražedné pokusy, duševní poruchy, rychlý rozvoj závislosti. Smrt nastává velmi často srdečním nebo dechovým selháním.

(Nešpor, Csémy, Pernicová, 1998, s. 24)

2.6.2 Opiáty

Způsobují především euforii, zklidnění, únik od problémů. Mezi opiáty patří především „dárce“ názvu – opium, původně přírodní látka získávaná z nezralých makovic. Opium obsahuje řadu látek, alkaloidů, mezi něž patří zejména morfin a kodein – substance užívané v medicíně pro zklidnění a minimalizaci bolestivosti. Z morfinu je dále izolována droga s výsadním postavením – heroin. Předávkování těmito drogami se projevuje výrazným útlumem, problémy oběhovými a například zástavami dechu. Užívají se nitrožilně stejně jako inhalačně upravují se i pro šňupání a kouření. Příznačnou vlastností a zároveň nebezpečím opiátů je rychlý nárůst tolerance k nim u jejich uživatelů. To znamená, že pro nastolení příjemných pocitů je třeba postupně zvyšovat dávku drogy. V našich podmínkách si opiáty zatím uchovávají status výlučnosti a exkluzivnosti. (Novotná – Kremličková, 1997, s. 50)

Jak vypadají: Prášek (heroin), tablety, ampule, hnědá tekutina („braun“ – tuzemský opiát, připravovaný z kodeinu).

Jak se projevuje účinek: Desítky minut až hodin trvající stav tichého obluzení následovaný kocovinou. Po požití zúžení zornic, celkový útlum. Odvykací příznaky se projevují rozšířením zornic, husí kůží, zrychleným dechem i tepem, slzením, rýmou, průjmem, pocením, nechutenstvím, neklidem, někdy vzestup teploty. Ztráta potence u mužů a menstruačního cyklu u žen. Časté zanícené stopy po vpíších v průběhu povrchových žil. Tělesné a duševní chátrání. Zvýšené finanční nároky při opatrování drog, krádeže v domácnosti podobně jako u jiných drog.

Největší rizika: Nebezpečí předávkování. Na černém trhu se objevují drogy různé koncentrace, takže je snadná možnost záměny drogy silnější za slabší. Rychlý rozvoj závislosti. Poškození plodu, jestliže jsou užívány v těhotenství.

(Nešpor, Csémy, Pernicová, 1998, s. 21)

2.6.3 Produkty konopí

Jsou v současných podmínkách užívány ve dvou základních verzích, úpravách – jako hašiš a marihuana. Jedná se o látky získané z rostlin *Cannabis sativa* (konopí seté), jež se u nás tradičně pěstuje jako průmyslová rostlina. Pro šikovné rozšíření konopí téměř neexistuje černý trh s jeho produkty. Užívání konopných produktů pro jejich psychotropní účinek je známo více než pět tisíciletí a je spojeno i s náboženskými rituály. Marihuana i hašiš obsahují stejnou látku, která je ale odlišně upravována. Hašiš je pryskyřice získaná ze samičích rostlin, marihuana jsou upravené listy a květenství. Jediná marihuana je u nás označována jako „lehká“ droga. Její účinek je vázán na osobu člověka, který ji užije. Je velmi individuální. První příznaky mohou být velmi nepříjemné, provázené tělesným strádáním, závratěmi. Pro většinu uživatelů je marihuana přitažlivá, neboť vyvolává euforii, smích, velmi citlivé a změněné vnímání všech prožitků. Jedná se o drogu, která při delším užívání může způsobovat určité potíže zdravotního rázu, oslabení obranyschopnosti organismu atd. marihuana vyvolává diskuse o tzv. legalizaci některých drog. Je to pro relativně „přijatelná“ rizika spojená s jejím užíváním. (Novotná – Kremličková, 1997, s. 51)

Konopí – marihuana, hašiš

Jak vypadá: Nejčastěji ručně balené cigarety, tenčí než běžné cigarety, s nazelenalým obsahem. Typický zápach odlišný od tabákového kouře. Hašiš obsahuje stejnou účinnou látku (THC), ale v koncentrovanější podobě. Vyskytuje se ve formě pryskyřice nebo oleje a přidává se do jídla nebo cukrovinek.

Jak se projevuje účinek: Zarudlé oči, zrychlený puls, bolesti na prsou, kašel, sucho v ústech, hlad, pach potu po spálené trávě, únava, nezájem. Dlouhodobější příjem drogy vede ke kolísání nálad, zhoršené schopnosti soustředění, horšímu prospěchu. Delší reakční čas (horší postřeh), zhoršení paměti na nedávné události, nepravidelný menstruační cyklus, neobratnost, zhoršená schopnost orientace v čase a prostoru, neochota přebírat zodpovědnost, nevyzrálost, horší péče o zevnějšek, zpomalení životního rytmu, ztráta kvalitních zájmů, podrážděnost. Závislost se projevuje i při zcela nevhodných příležitostech (řízení auta a motocyklu, ve škole, ve společnosti, která to odsuzuje apod.).

Největší rizika: Vyšší rizika úrazů a dopravních nehod. Riziko neplodnosti mužů a poškození plodu u těhotných žen. Chronické záněty spojivek a hltanu, dýchacích cest. Povahové změny, citové otupění, ztráta hodnot, větší riziko vzniku duševních nemocí (schizofrenie). Marihuana obsahuje o polovinu víc rakovinotvorných látek než tabák a s tabákem se často míchá. Zvyšuje tedy mimo jiné riziko rakoviny. Oslabuje také imunitní systém.

(Nešpor, Csémy, Pernicová, 1998, s. 19)

2.6.4 Halucinogenní drogy

Způsobují především změnu vnímání, které mohou ovlivnit až do projevů běžných u těžkých duševních onemocnění. Jejich účinek je velmi nevypočitatelný. Historicky jsou spjaty mimo jiné s náboženskými rituály.

Nejznámější drogou této skupiny je LSD. Má za sebou více než padesátiletou historii experimentování s jeho využitím v terapii některých psychických onemocnění, k čemuž se váže i poměrně dlouhá doba jeho společenského tolerování ve světě, hlavně v šedesátých letech. V našich podmínkách zažívá LSD v současnosti velmi ostrý nástup v prostředí mladých lidí. Je vyhledáváno pro příjemné zážitky při užívání v malých dávkách, v nichž vyvolává euforii, emotivnost a mění vnímání.

Oblíbě se u nás těší i droga zvaná psilocybin, obsažená v houbě lysohlávce české. Pro dosažení účinku se užívají sušené nebo jinak upravované hlavičky houby. Droga způsobuje euforii, veselost a hovornost, při předávkování výrazné zrakové a obecně smyslové halucinace.

(Novotná – Kremličková, 1997, s. 51)

LSD a další halucinace vyvolávající látky – tripy

Jak vypadají: Nejčastěji malé čtverečky papíru napuštěné drogou.

Jak se projevuje její účinek: Při intoxikaci rozšíření zornice, zčervenání, rychlejší puls, horší sebeovládání, snazší ovlivnitelnost. Subjektivně, jak název říká, poruchy vnímání reality – halucinace. Zhoršená schopnost rozhodování. Horší kontakt s realitou. Někdy abnormální chování.

Největší rizika: Nebezpečné pro duševní zdraví. Někdy nebezpečnost sobě i druhým pod vlivem drog. Při dlouhodobějším braní riziko psychického návyku,

mohou přetrvávat halucinace nebo pocity pronásledování, i když nebyla droga užita. Uvádí se i vyšší riziko nádorů a epileptických záchvatů. Flashback znamená krátkodobý stav jako po požití halucinogenu, i když droga nebyla požitá.

(Nešpor, Csémy, Pernicová, 1998, s. 23)

2.6.5 Těkavé látky

Jsou jednou z nejtvrdějších drog pro zásadní atak do psychiky jak z hlediska jejího výkonu, tak z hlediska její celkové kondice. Současně vážně poškozují celý organismus ještě dříve, než dojde k deformaci psychiky (dýchací cesty, zažívací trakt, poškození ledvin, jater atd.). Užívání těchto drog je všude ve světě záležitostí sociálně příznakovou. Do značné míry jsou užívány jakou „náhražkovou drogou“.

Nejčastěji zneužívanými látkami u nás jsou toluen a podobná ředidla a rozpouštědla, čikuli, iron. Užívají se inhalačně. Předávkování je spojeno s komatickými stavy, jež nastupují po výrazném útlumu. (Novotná – Kremlíčková, 1997, s. 52)

Organická rozpouštědla

Jak vypadají: Lahve nebo plechovky s organickými rozpouštědly (např. toluen) nebo lepidla (např. Vulkán).

Jak se projevuje účinek: Z dechu i oděvu je cítit zápach po chemikáliích. Obluzenost, nepřítomnost duchem. Postižený působí neduživě, je pobledlý, je mu špatně. Rozšířené zornice, zarudlé oči, nepřítomný pohled. Rozjařenost a poruchy vnímání přecházejí ve spánek. Méně často obluzení trvají dlouhodoběji. Nezřetelná výslovnost, zhoršená pohybová souhra, nesmyslný smích. Nebezpečí smrtelných otrav. Při dlouhodobějším zneužívání nezájem, lenivost, horší prospěch, zanedbávání školy apod. Zvýšené jaterní testy. Vyrážka kolem nosu a úst.

Největší rizika: Poruchy paměti a riziko poškození mozku. Poruchy krvetvorby. Ohrožení srdce a dýchání. Největším rizikem je smrtelná otrava, která může nastat i u dítěte, které není závislé.

(Nešpor, Csémy, Pernicová, 1998, s. 22)

2.6.6 Závislost na sedativech a steroidech

Tlumivé léky

Jak vypadají: Jsou to nejrozličnější tablety nebo dražé.

Jak se projevuje účinek: Zpomalená řeč, dojem opilosti, aniž je z dechu cítit alkohol, poruchy myšlení, orientace, úsudku, ospalost, problémy krevního oběhu, zpomalený dech, bolesti hlavy, někdy zkažené zuby. Později trvalá roztrženosť, nechutenství, poruchy výživy, mohou se objevit i pocity pronásledování. Duševní i tělesná závislost.

Největší rizika: Při vysazení vysokých dávek odvykací syndrom ohrožující na životě (může zahrnovat např. epileptické záchvaty). Duševní poruchy, nepříznivý účinek na paměť. Podobně jako u jiných drog riziko poškození plodu, jsou – li užívány v těhotenství. (Nešpor, Csémy, Pernicová, 1998, s. 20)

Anabolika – steroidy

Jak vypadají: Tablety nebo ampule. Neberou se pro psychický účinek, ale kvůli nárůstu svalové hmoty. Účinky na psychiku však mohou mít také.

Jak se projevuje účinek: Nemají bezprostřední specifický účinek na psychiku. Pokud jsou podávány injekčně, jsou vidět stopy po vpíších.

Největší rizika: Negativní účinky po delším braní zahrnují poškození jater, poškození cév, srdce, riziko mozkové mrtvice, změny osobnosti – podezřívavost, deprese, dokonce sklony k násilí. Ztráta přátel a zhoršení vztahů v rodině. V případě injekčního podání podobná rizika jako u jiných skupin. Oslabení imunity. Neplodnost u mužů a mužský vzhled u žen. Některé z těchto vedlejších účinků přicházejí až po letech, jiné poměrně rychle.

(Nešpor, Csémy, Pernicová, 1998, s. 25)

2.7 Drogová prevence v České republice

2.7.1 Primární drogová prevence v ČR

V primární drogové prevenci jde zejména o to, aby se co nejvíc snížila poptávka po drogách, aby drogy nebyly vyhledávány a konzumovány a aby vůbec nebyl důvod je vyhledávat a konzumovat.

Je zde snaha ovlivnit chování jedince tím, že se vypůsobí změna norem a hodnot společnosti, ve kterém žije (populace jako celek, rodina, školní kolektiv...) a které do jeho života přináší určitá rizika, a tak je odstranit nebo alespoň oslabit, aby v jejich důsledku nemohl drogový problém vzniknout, a to ani na bázi experimentu.

Primární prevence, aby byla efektivní, nemůže být disciplínou jednoho oboru (např. medicíny), ale naopak je zde platforma pro širokou spolupráci odborníků z nejrůznějších společenských vědních oborů.

Neměla by používat přístupy jako je odstrašování, citové apely, formalismus a neosobnost v jednání, potlačování diskuze, ale naopak preferovat živé akční učení, dosud nezasaženou populaci. Patří sem vše od informací v rámci vyučování přes přípravu na rodičovství, vytváření nabídky alternativních, společensky přijatelných aktivit až po ovlivňování názorů a postojů jedince i veřejnosti a podporu zdravého životního stylu. Existuje řada programů a metodik, které ve větší či menší míře obsahují a respektují uvedené obecné zásady. Působí zde i mnoho občanských sdružení, která přicházejí s konkrétními návrhy a projekty. Koordinaci všech aktivit v dané lokalitě mají na starosti protidrogoví koordinátoři. To nejpodstatnější i v primární drogové prevenci však vždy bude záviset na jedinci samotném a konkrétním citlivém přístupu k němu.

(Primární drogová prevence, 1999)

2.7.2 Sekundární drogová prevence v ČR

Zjednodušeně se dá říci, že sekundární prevence je vlastně vyhledání problému, který již vznikl a jeho léčba. Tedy jak pomoci těm, kteří již pravidelněji nebo pravidelně drogy berou najít cestu zpět do života bez drog. Jak to udělat, aby člověk drogu užívající ji opět přestal vyhledávat a konzumovat a aby byl zdravotními důsledky (otrava, různé infekce...) této konzumace co nejméně poškozen.

Pro uživatele drog je utvářen určitý systém odborné pomoci, kde jeho jednotlivé složky nabízí odlišné služby podle určitých indikátorů - např. fáze závislosti, hloubky motivace změnit se, ochoty spolupracovat, sociální situace jedince, psychického poškození... Každý praktický lékař by měl být informován o těchto službách a zasvěcen do jejich možností.

Vždy je třeba mít na paměti, že léčba drogové závislosti je nutně velká psychická i somatická zátěž pacienta, která je vědomě organizovaná a systematická. Těžko jinak dosáhnout potřebné změny. Problém obvykle nevznikal v krátkém časovém období (od prvního užití drogy), ale dozrával dávno předtím, takže i jeho léčení si často vyžádá víc času než bychom si přáli.

Jednotlivá zařízení pro pomoc uživatelům drog

- ***Linky telefonické pomoci***

Některé z nich mají nepřetržitý provoz a slouží převážně pro první kontakt, radu, pomoc v krizi a podle druhu problému odkazují a nabízejí služby dalších specializovanějších pracovišť, pokud jimi sami nejsou.

- ***Poradny***

Většina našich základních a středních škol má svého výchovného poradce, ale i poradce pro drogovou problematiku (obvykle v jedné osobě). Jejich úkolem je kromě zajišťování adekvátní primární prevence také mapování situace na konkrétní škole a včasné podchycení jedinců, kteří již s drogou mají zkušenost. Poté kontaktují odpovídající zařízení a rodiče a zajistí intenzivnější primární prevenci na škole.

Pedagogicko-psychologické poradny pro děti a mládež a poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy:

Ne všechny z těchto poraden se zabývají i drogovou problematikou. Některé pedagogicko-psychologické poradny jako školská zařízení spolupracují na projektech primární prevence. Poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy mohou pracovat s rodinami jedinců užívajících drogy. Všechny by však měly mít přehled o možnostech, které v okolí existují. V těch poradnách, kde pracují dobře obeznámení odborníci, se pak zabývají uživateli drog, u kterých je předpoklad stabilního zázemí, podpory a spolupráce blízkých i jich samotných.

- ***Alkoholicko-toxikologické poradny***

Tento typ poraden bývá součástí psychiatrických oddělení a zabývají se převážně psychickými poruchami v souvislosti s užíváním alkoholu, někdy tlumivých látek a postupně se orientují i na jiné nealkoholové drogy.

Ambulantně sem docházejí na doléčování i pacienti po absolvování léčby.

- ***Kontaktní centra***

Jsou určena přímo drogové klientele, u kterých není jiný poradenský přístup vhodný, nutný nebo možný. Jejich předpokladem je nízkoprahovost, tj. psychologická dostupnost pro každého, která zvyšuje pravděpodobnost jejich vyhledání (anonymita, široká nabídka služeb).

Kontaktní centra slouží především pro ty narkomany, kteří zatím nejsou schopni nebo ochotni systematictější práce na změně. Kontakt se využívá k podchycení, k motivování ke změně, popř. zařazení do odpovídajícího léčebného programu (z nich některé jsou přímo součástí kontaktního centra).

- ***Detoxifikační jednotky***

Detoxifikace je speciální krátkodobá (několik dnů) až střednědobá (několik týdnů) většinou medicínská a psychologická pomoc při vysazování drog. Jejím smyslem je zbavit organismus návykové látky, pomoci jedinci překonat možné odvykací příznaky a připravit jej na další léčbu. Při somatických a psychických komplikacích je nutné podávat léky.

- ***Denní stacionáře***

Jedná se o denní psychiatricko-psychologickou a psychosociální péči o pacienty, pro které v danou chvíli není nutný nebo možný pobyt v lůžkovém zařízení a běžná ambulantní nebo poradenská péče je pro ně málo intenzivní. Jsou to převážně jedinci, kteří ukončili pobyt v psychiatrické léčebně nebo v nemocnici nebo se připravují na dlouhodobý léčebně-rehabilitační pobyt či se z takového pobytu vrátili a potřebují ještě určitou dobu denní kontakt.

Jeho činnost se převážně skládá z individuální a skupinové psychoterapie, sociální terapie - nácvik sociálních dovedností a odpovědnosti, klubových a volnočasových aktivit a základního medicínského servisu.

- ***Ústavní léčba***

Ústavní léčba prováděná ve zdravotnických zařízeních (např. speciální oddělení v rámci psychiatrických léčeben) skýtá pro narkomana bezpečnější ochranné prostředí, kde má nižší dostupnost návykových látek, nedostává se tak často do situací, které v běžném životě fungují jako spouštěče (např. hádku s rodiči řeší další dávkou drogy), je zde k dispozici odborná péče a organizovaný program.

Délka léčby je určována podle individuální situace jedince, kdy se bere do úvahy řada faktorů jako např. délka drogové kariéry, délka abstinence, předchozí recidivy, celkový zdravotní a psychický stav pacienta, jeho vlastní přístup k léčbě, sociální zázemí... Léčebné programy využívají především různých forem psychoterapie, pracovní a sociální rehabilitace, popř. v omezené míře i podpůrné farmakoterapie

- ***Terapeutické komunity***

Vedle tradičních uvedl zvláštní charakter drogových závislostí v život i jiné formy léčení jako např. terapeutické komunity, ve kterých probíhá dlouhodobý léčebný a resocializační program. Mají tu zvláštnost, že se pacient co nejaktivněji podílí na léčbě, vytváří se zde obousměrná komunikace mezi pacientem a jednotlivými členy terapeutického týmu a mezi pacienty navzájem. Důležitou roli hraje zpětná vazba (jak mé chování působí na druhé), která vytváří základ sociálního učení a změněného pohledu na sebe sama.

- ***Doléčovací a resocializační centra***

Jsou určena pro klienty, kteří prošli určitým typem léčby. Pomáhají jim při stabilizaci ve zcela nových podmínkách života. Podle individuálních případů trvá doléčovací program od dvou měsíců do jednoho roku. Velký důraz se klade na nácvik situace selhání, jak se zachovat a co konkrétně dělat, dojde-li k opětovnému užití či užívání drogy, aby se člověk znovu nepropadl zpět do závislosti (tzv. prevence relapsu).

- ***Zařízení azylového typu***

Sem přicházejí ti závislí jedinci, kteří drogy brát chtějí, domov ztratili, nikdo o ně nestojí a sami o sobě nejsou momentálně schopni jakékoli výraznější změny současného životního stylu. Je jim poskytnuto jídlo, oblečení, základní hygienický servis, případné lékařské ošetření a ubytování na určitou přechodnou dobu.

- **Anonymní narkomané**

Jedná se o mezinárodní organizaci (Narcotics Anonymous), obdobnou Anonymním alkoholikům. Jde tu o zcela jiný pohled a vedení závislých lidí, kteří se pravidelně scházejí ve skupinách, kde pracují anonymně, jsou soběstační a nejsou vedeni profesionály. Skupina je otevřena všem, kdo mají touhu přestat brát drogy. (Sekundární drogová prevence, 1999)

2.7.3 Terciální drogová prevence v ČR

V této prevenci jde v podstatě o jakési, co možná největší zmírnění důsledků, které užívání drog způsobuje. Nelze ji chápat jako řešení, ale dejme tomu volbu menšího zla.

V programu zvaném harm reduction se počítá s tím, že tu jsou lidé, kteří své brání drog dosud nevidí anebo nechtějí vidět jako problém a tudíž ani necítí potřebu se léčit. Je nutné si uvědomit, že to nejsou jen jedinci na první pohled rozeznatelní, žijící mimo společnost, ale že je to dost podstatná část naší mládeže.

V rámci tohoto programu se např. provádí výměna použitých jehel a stříkaček za nové.

Ve větších městech existují týmy pracovníků (tzv. street workers), kteří chodí na místa, kde se narkomani scházejí a kromě výměny jehel a stříkaček, vysvětlování a rozdávání tištěných letáčků s jednoduchými informacemi navazují kontakt a zvou do středisek. Nezřídka jsou to první kroky narkomana k jeho léčbě.

Do terciální prevence se také zařazuje substituční program. Základem je náhrada ilegální nečisté drogy za drogu chemicky čistou, legálně podanou v k tomu určeném zařízení. Jsou lidé, kteří prošli neúspěšně léčbou, popř. několika léčbami, preventivní postupy u nich selhávají, drogový životní stereotyp je hluboce zafixován. Substitucí se nabízí možnost dostat drogu legálně, pravidelně, v čisté podobě a bezpečným způsobem - ústy. Nabízí se tu šance začít žít normálněji, najít si zaměstnání, začlenit se zpět do společnosti. Nejdříve se vlastně jedná o určitou formu sociální pomoci, ke které se nabízí určité formy terapie a ty později mohou vést až k úplné abstinenci.

(Terciální drogová prevence, 1999)

2.8 Současná situace v České republice

Alespoň jednou za život vyzkoušelo nějakou psychoaktivní látku, tedy drogu na 22,3 procenta Čechů. Ovšem mezi mladými lidmi ve věku 18 až 24 let má takovou zkušenost téměř 40 procent z nich.

Češi však současně nejsou k drogám tolerantní, s legalizací marihuany by souhlasilo jen 16,5% obyvatel, většina společnosti je proti. Vyplývá to z Výběrového šetření o zdravotním stavu a životním stylu z obyvatel ČR, zpracovaném Ústavem zdravotních informací a statistiky ČR, kterého se zúčastnilo 1766 mužů a 1760 žen ve věku mezi 18 až 64 roky.

Nejdostupnější, nejlevnější a nejvíce aplikovanou látkou je marihuana a hašiš. Vyzkoušelo je 21 procent populace, tyto drogy představují polovinu všech užívaných psychoaktivních látek. Gram marihuany je k mání od 250 korun, z gramu je možné umotat pět cigaret. Mezi další drogy, které se nejčastěji používají zejména mezi mladými lidmi, patří extáze a houba lysohlávka.

Větší zkušenosti s drogami mají muži než ženy, svobodní než ženatí a lidé do 34 let.

Studie překvapivě prokázala, že marihuanu a hašiš užívají spíše mladí lidé se základním a středním vzděláním, lidé bez práce a bez příjmů než lidé vzdělaní. Nejméně uživatelů drog totiž najdeme mezi vysokoškoláky, ženatými s rodinným zázemím a pevným zaměstnáním.

Výjimkou mezi drogami je ze sociologického pohledu extáze. Napovídá to již její druhé jméno - víkendová či taneční droga. Na rozdíl od marihuany ji neberou převážně lidé bez zaměstnání a příjmů, sociálně vykořenění a nezařaditelní, či žijící na hraně zákona, ale spíše lidé s pevným zaměstnáním, příjmy či úspěšně studující, kteří si s pomocí této látky chtějí "ozvláštnit" víkendy. A to i za cenu rizika, že se stanou drogově závislí se všemi doprovodnými jevy.

Dalšími výjimkami jsou i tvrdé drogy. U nich totiž již nelze vysledovat, zda je více berou lidé se základním vzděláním či s vysokou školou. Tvrdé drogy jako kokain, pervitin, zasáhnou stejně tvrdě a nelítostně bez rozdílu věku, vzdělání či pohlaví.

Výzkum potvrdil zkušenost policistů či všech protidrogových center, že sehnat zejména lehké drogy není problém pro malé lidi mezi 18 až 24 roky (40 % dotázaných). Velká část mladých lidí si marihuanu sama pěstuje, či je jim nabízena ve škole.

V Česku se poměrně ve značném množství užívají léky - sedativa a přípravky tišící bolest. Zde je ale velmi obtížné rozeznat, kdy se jedná o závislost, zneužívání těchto léků a kdy nutnost brát tyto léky například na tišení bolesti, deprese, nespavost či choroby související s věkem. Největší skupina uživatelů těchto látek se totiž podle průzkumů rekrutuje z lidí okolo padesáti a více let.

Nejužívanější látky v %	
Marihuana	57,6
Extáze	21,1
Lysohlávky	8,5
Rozpouštědla	4,9
Pervitin	4,7

Tabulka č. 1 – Nejužívanější látky v České republice

(Výběrového šetření o zdravotním stavu a životním stylu z obyvatel ČR, 6. 1. 2007)

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíl praktické části

Cílem praktické části bakalářské práce je pomocí dotazníků zjistit drogové zkušenosti u klientů školního věku dětského domova se školou (do dokončení povinné školní docházky).

3.2 Stanovení předpokladů

Předpoklad č. 1

Lze předpokládat, že minimálně 95 % klientů školního věku z dětského domova se školou zná některou z nelegálních nealkoholových drog. Byl ověřován počet drog, které děti znají.

(ověřováno pomocí dotazníku otázkou číslo 3)

Předpoklad č. 2

Lze předpokládat, že minimálně 95 % klientů školního věku z dětského domova se školou zná ve svém okolí někoho, kdo užívá některou z nelegálních nealkoholových drog.

(ověřováno pomocí dotazníku otázkou číslo 4)

Předpoklad č. 3

Lze předpokládat, že nejméně 80 % klientům školního věku dětského domova se školou někdo nelegální nealkoholovou drogu nabízel.

(ověřováno pomocí dotazníku otázkou číslo 5)

Předpoklad č. 4

Lze předpokládat, že nejméně 80 % klientů školního věku dětského domova se školou má minimálně jednu zkušenost s některou z nelegálních nealkoholových drog.
(ověřováno pomocí dotazníku otázkou číslo 6)

Předpoklad č. 5

Lze předpokládat, že nejméně 50 % klientů školního věku dětského domova se školou užilo některou z nelegálních nealkoholových drog ve věku mladším 12 let.
(ověřováno pomocí dotazníku otázkou číslo 7)

Předpoklad č. 6

Lze předpokládat, že nejméně 75 % klientů dětského domova, kteří užili nelegální nealkoholovou drogu, ji získali od svých kamarádů.
(ověřováno pomocí dotazníku otázkou číslo 8)

Předpoklad č. 7

Lze předpokládat, že nejméně 40 % klientů dětského domova se školou, kteří drogu užili, ji užili opakovaně.
(ověřováno pomocí dotazníku otázkou číslo 9)

Předpoklad č. 8

Lze předpokládat, že nejméně 95 % klientů dětského domova se školou zastává názor, že jsou drogy škodlivé.
(ověřováno pomocí dotazníku otázkou číslo 10)

3.3 Metodika průzkumu

Jak uvádí Hladílek (1997, s. 23), výzkumné pedagogické metody rozdělujeme na dvě základní skupiny, a sice na metody, jimiž jsou získávána pedagogická fakta, a na metody, jimiž jsou tato fakta zpracovávána.

3.3.1 Metody získávání údajů

1. Přímé a) pozorování

b) pokus, experiment

2. Nepřímé a) dotazovací (metodika rozhovoru – interview, metodika dotazníku)

b) dokumentové

- metodika rozboru žákovských prací
- metodika rozboru školních dokumentů
- metodika rozboru literárních dokumentů

V praktické části bakalářské práce bude použita dotazníková metoda - nestandardizovaný dotazník.

Dotazník je metoda sloužící k hromadnému zjišťování jevů, např. osobnostních vlastností – temperamentových nebo charakterových, postojů, názorů, zájmů apod. (Švingalová, 2002, s. 33).

Přednosti dotazníků spočívají především v tom, že jsou časově méně náročné a lze jimi získat hodně údajů v poměrně krátkém časovém úseku od více osob současně.

K negativním stránkám dotazníkových metod patří hlavně omezení osobního kontaktu a jejich závislost na schopnosti introspekce u vyšetřované osoby a ochotě vypovídat pravdivě.

(Švingalová, 2002, s. 34)

Pro ověření stanovených předpokladů a dosažení cíle praktické části bude použito nestandardizovaného dotazníku s kombinací otevřených a uzavřených otázek.

Tato možnost byla zvolena s ohledem k intelektové schopnosti klientů a možnostem zpracování. Výsledky budou zpracovány kvantitativní metodou.

3.3.2 Metody zpracování údajů

Jak uvádí Gavora, (2000, s.134), zpracování znamená uspořádání a shrnutí údajů získaných v průzkumu. Obyčejně se transponují do tabulek a grafů. V pořadí grafů se nejprve uvádějí ty, které obsahují hlavní a souhrnné informace. Další možné řazení je tematické.

Důležité je označit podstatné výsledky vzhledem k cíli průzkumu. V rámci interpretace se údaje konfrontují se stanovenými hypotézami a tato zjištění se interpretují.

Údaje do grafů se zpracovávají matematicko- statistickými postupy. Zjišťují se absolutní a relativní (procentuální) frekvence, průměry, směrodatné odchylky a korelace.

Interpretace zjištění

Interpretace znamená vysvětlení a vyhodnocení průzkumu.

V rámci interpretace se zjištěné údaje konfrontují se stanovenými předpoklady a tato zjištění se komentují. Je třeba stanovit i podmínky a rozsah platnosti předpokladů.

Důležitou součástí je i část „Doporučení pro praxi“. V této části je vysvětleno, kde a za jakých podmínek se mohou uplatnit ve výchově a vzdělávání (Gavora, 2000, s. 136).

3.3.3 Dotazník drogových zkušeností (viz. příloha č.1)

Otázky v dotazníku jsou rozděleny do tří částí:

a) úvodní část - otevřené otázky

1. Kolik je Ti let?

2. Jsi dívka nebo chlapec?

b) střední (stěžejní) část – kombinace uzavřených a otevřených otázek

3. Znáš nějaké drogy? (výběr z možností)

4. Znáš někoho ve svém okolí, kdo drogy užívá?
5. Nabízel Ti někdo drogu?
6. Užil jsi někdy drogu?
7. Pokud jsi drogu užil, kolik Ti bylo let?
8. Jakým způsobem jsi drogu získal?
9. Užil jsi drogu opakovaně?

c) závěrečná část – otázka uzavřená 10. Myslíš, že jsou drogy škodlivé? (možnosti odpovědí – ano – ne – nevím)

Dotazníky byly rozdány jako anonymní. Proto nebylo možno ověřovat validitu odpovědí dalšími metodami (např. obsahovou analýzou).

Cílem dotazníku je sběr dat o drogových zkušenostech klientů školního věku dětského domova se školou (do dokončení povinné školní docházky).

3.4 Předprůzkum a jeho výsledky

Předprůzkumem byla testována kvalita a validita dotazníku drogových zkušeností pro klienty Dětského domova se školou v Hamru na Jezeře. Dotazník byl ověřován ve dvou rodinných skupinách, a to v 1 skupině dívek a 1 skupině chlapců. Dotazníky byly rozdány jako anonymní.

Předprůzkumu proběhl formou vyplnění dotazníků při výchovné činnosti v rámci rodinných skupin. Účastnilo se ho celkem 10 dětí, 5 dívek a 5 chlapců ve věku od 12 do 16 let.

Výsledky předprůzkumu

Získané údaje z dotazníků byly zpracovány kvantitativní metodou.

Účast v předprůzkumu: 10 dětí, 5 dívek, 5 chlapců

Závěr předprůzkumu

Předprůzkum potvrdil, že pomocí dotazníků je možné zjistit požadované údaje.

Ve všech vyplněných dotaznících, které byly odevzdány v předprůzkumu, byly odpovězeny všechny otázky, takže je možné je považovat za validní.

Při vyhodnocování dat je nutné mít na zřeteli možnou pravdivost (upřímnost) subjektivních výpovědí respondentů danou formou.

3.5 Průzkum

3.5.1 Popis zkoumaného vzorku a průběh průzkumu

Průzkum byl proveden mezi klienty Dětského domova se školou v Hamru na Jezeře.

DDŠ je státní, koedukované, etopedické školské zařízení pro realizaci ústavní a ochranné výchovy. Jeho zřizovatelem je MŠMT ČR. Zařízení vzniklo dne 1.9.1967. Je příspěvkovou organizací s právní subjektivitou. Dnem 1. 7. 2003 se zařízení podle zákona 109/2002 Sb. z rozhodnutí MŠMT změnilo z Dětského výchovného ústavu na Dětský domov se školou (dále jen DDŠ) s kapacitou 64 dětí.

Od 1. 9. 2006 je kapacita snížena na 48 dětí.

Do zařízení děti přicházejí na základě soudního rozhodnutí (předběžné opatření, nařízená ústavní nebo ochranná výchova). Umístění předchází pobyt v Dětském diagnostickém ústavu v Liberci.

Jsou to děti ve věku cca od 10 let do dokončení povinné školní docházky, která probíhá v Základní škole nebo v Základní škole praktické.

U všech dětí byly diagnostikovány poruchy chování.

Příčiny poruch chování mohou být různé, obvykle se zde sčítá nepříznivý vliv většího počtu různých rizik, to znamená, že jde o multifaktoriální podmínění. Tato rizika mohou být biologická i sociální.

V převážné míře se jedná o neagresivní porušování sociálních norem ve formě lží, záškoláctví, krádeží, útěků, toulání a často i o zneužívání návykových látek.

Vzhledem k faktu, že velká část dětí přichází a drogovou zkušeností v anamnéze a riziko vzniku závislostí u dětí je velké, je kladen velký důraz na oblast prevence. Proto zhodnocení skutečného stavu klientů může přinést zajímavé závěry, na kterých bude možné stavět při tvorbě dalších preventivních opatření při šíření vzniku závislostí na nelegálních návykových látkách.

Vzhledem k tomu, že se jedná o projekt, probíhající delší dobu, průzkumný vzorek tvoří celkem 85 dětí, 61 chlapců a 24 dívek.

Z toho je jich ještě 42 (35 chlapců a 7 dívek) v současné době přítomno v zařízení a ostatní odešli ve většině případů do výchovných ústavů pro mládež.

Jedná se o klienty, jejichž věkové rozpětí v době průzkumu bylo 10 -16 let.

Průběh průzkumu byl rozdělen do několika etap.

Vzhledem k okolnostem, že s koncem každého školního roku ze zařízení děti odcházejí a v průběhu roku další děti přicházejí byly dotazníky rozdávány několikrát, aby byli podchyceni všichni klienti, kteří v průběhu roku 2005 a 2006 prošli školským zařízením.

Průzkum pomocí dotazníků byl prováděn vždy v rodinných skupinách, ve kterých klienti v průběhu školního roku žijí. Při vyplňování údajů byli na skupinách přítomni kmenoví vychovatelé, ke kterým děti mají důvěru.

Děti byly seznámeny s funkcí dotazníku i účelem, pro který budou zpracovány. Byly poučeny i o tom, že dotazníky jsou anonymní a nikdo nebude pátrat po pisatelích.

Samotnému vyplňování dotazníku předcházela krátká beseda, při které bylo vysvětleno, které drogy jsou považovány za nelegální nealkoholové drogy.

Průzkumný vzorek tvoří celkem 85 dětí, 61 chlapců a 24 dívek ve věku od 10 do 16 let.

Z celkem rozdaných dotazníků bylo zcela a v souladu s pravidly vyplněno 82 dotazníků (od 60 chlapců a 22 dívek). Zbývající tři (od 1 chlapce a 2 dívek) nebyly vyplněny kompletně a proto je není možné považovat za validní a pro zpracování využít.

Získaná data jsou sumarizována ve „Zpracování výsledků průzkumu drogových zkušeností klientů Dětského domova se školou“ (viz příloha č.2).

3.5.2 Výsledky průzkumu

Předpoklad č.1 – Znalost nelegálních drog u klientů Dětského domova se školou

Lze předpokládat, že minimálně 95 % klientů školního věku dětského domova se školou zná některou z nelegálních nealkoholových drog.

(ověřováno pomocí dotazníku otázkou číslo 3).

Výsledek průzkumu: 64 dětí odpovědělo, že zná z vyjmenovaných možností 3 a více druhů drog

10 dětí odpovědělo, že znají z vyjmenovaných možností 2 druhy drog

5 dětí odpovědělo, že znají 1 druh drog

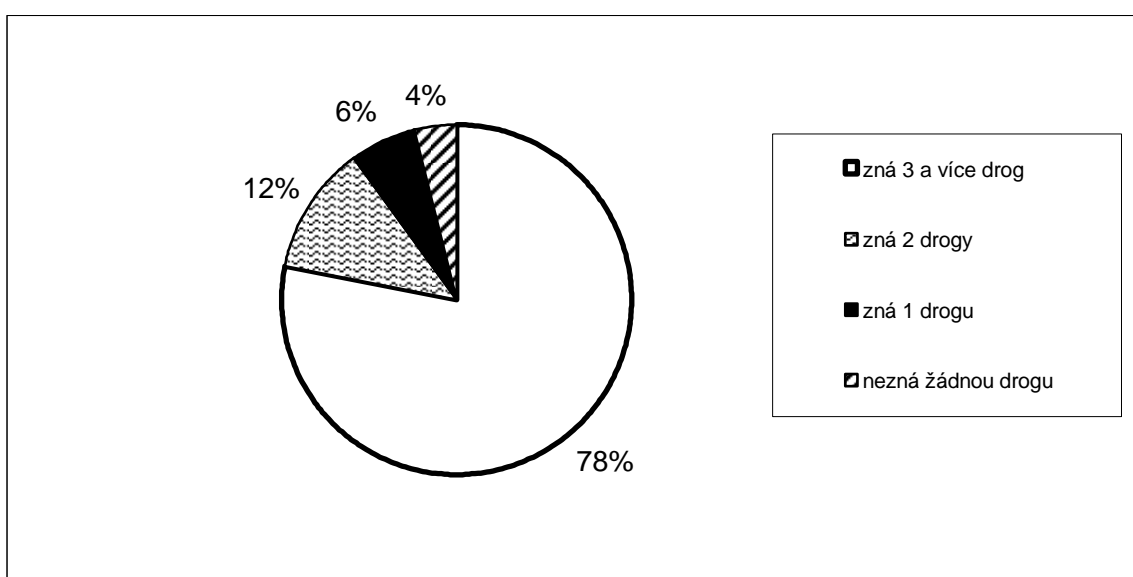
3 děti odpověděly, že nezná žádné drogy

Výsledky vyjádřené v procentech: 78% dětí zná 3 a více druhů drog

12% dětí zná 2 drogy

6% dětí zná 1 drogu

4% dětí nezná drogu žádnou



Graf č. 1 - Znalost nelegálních drog u klientů Dětského domova se školou

Z uvedených informací vyplývá, že 96% (79 klientů) respondentů zná některou z nelegálních nealkoholových drog a pouze 4% (3 klienti) neznají drogu žádnou.

Předpoklad č.1, že minimálně 95 % klientů školního věku dětského domova se školou zná některou z nelegálních nealkoholových drog byl v průzkumu potvrzen.

Předpoklad č. 2 – Kontakt s uživatelem drog u klientů Dětského domova se školou

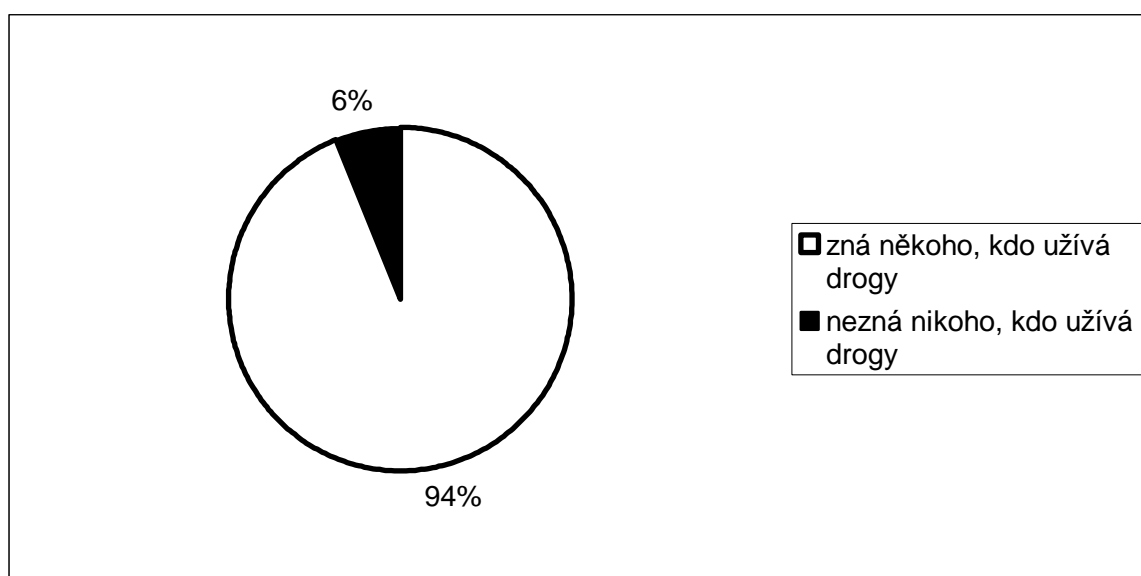
Lze předpokládat, že minimálně 95 % klientů školního věku dětského domova se školou zná ve svém okolí někoho, kdo užívá některou z nelegálních nealkoholových drog

(ověřováno pomocí dotazníku otázkou číslo 4).

Výsledek průzkumu: 77 klientů odpovědělo, že ve svém okolí znají někoho, kdo drogy užívá

5 klientů odpovědělo, že neznají ve svém okolí nikoho, kdo užívá drogy

Výsledky vyjádřené v procentech: 94 % (77 klientů) dětí, zná někoho, kdo drogy užívá
6 % (5 klientů) nezná nikoho, kdo užívá drogy



Graf č. 2 – Kontakt s uživatelem drog u klientů Dětského domova se školou

Z uvedených informací vyplývá, že 94% (77 klientů) respondentů zná někoho ve svém okolí, kdo užívá některou z nelegálních nealkoholových drog a 6 % (5 klientů) nezná nikoho, kdo užívá některou z nelegálních nealkoholových drog.

Předpoklad č.2, že minimálně 95 % klientů školního věku dětského domova se školou zná ve svém okolí někoho, kdo užívá některou z nelegálních nealkoholových drog nebyl v průzkumu potvrzen.

Předpoklad č. 3 - Nabídka nelegálních drog klientům Dětského domova se školou

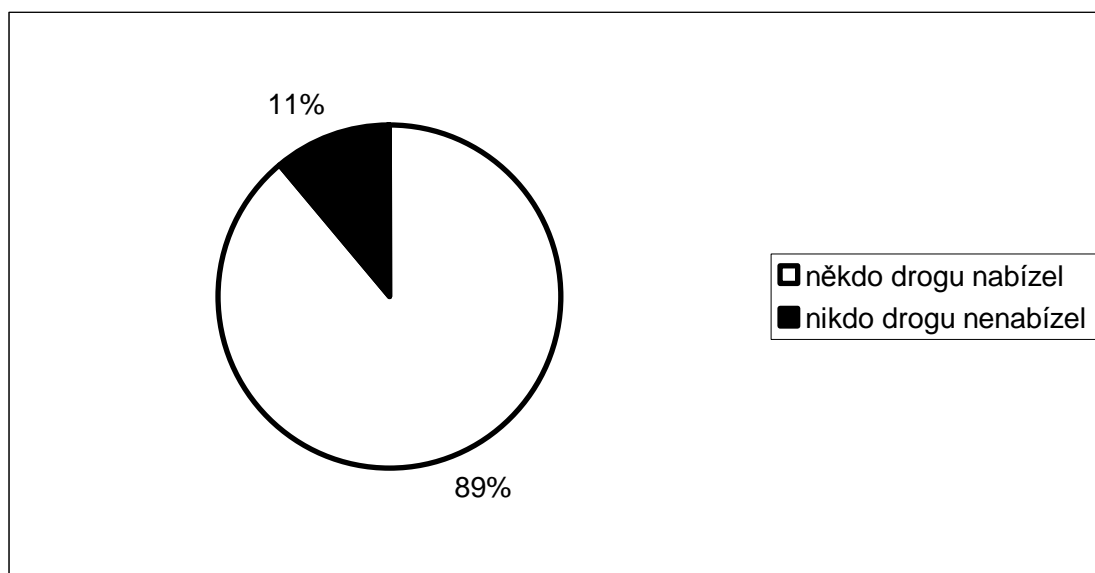
Lze předpokládat, že nejméně 80 % klientů školního věku dětského domova se školou někdo nelegální nealkoholovou drogu nabízel (ověřováno pomocí dotazníku otázkou číslo 5).

Výsledky průzkumu: 73 klientů odpovědělo, že jim někdo drogu nabízel

9 klientů odpovědělo, že jim nikdo drogu nenabízel

Výsledky vyjádřené v procentech: 89 % (73 klientů) někdo drogu nabízel

11 % (9 klientů) nikdo drogu nenabízel



Graf č. 3 – Nabídka nelegálních drog klientům Dětského domova se školou

Z uvedených informací vyplývá, že 89% (73 klientů) respondentů někdo některou z nelegálních nealkoholových drog nabízel a 11% (9 klientů) nikdo žádnou z nelegálních nealkoholových drog nenabízel.

Předpoklad č. 3, že nejméně 80 % klientů školního věku dětského domova se školou někdo nelegální nealkoholovou drogu nabízel byl potvrzen.

Předpoklad č. 4 - - Zkušenost klientů Dětského domova se školou s nelegálními nealkoholovými drogami

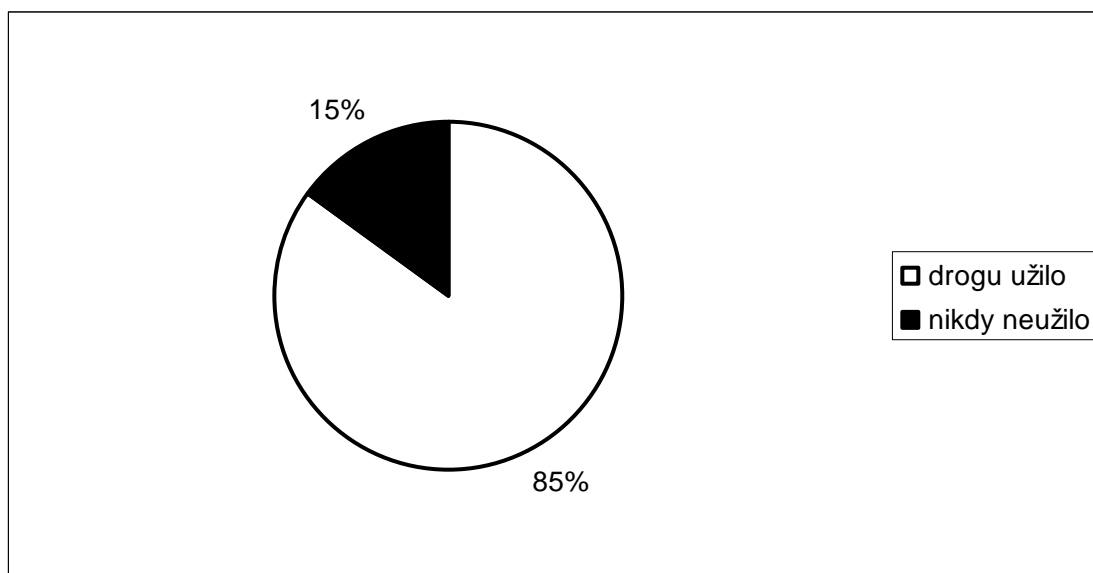
Lze předpokládat, že nejméně 80 % klientů školního věku dětského domova se školou má minimálně jednu zkušenost s některou z nelegálních nealkoholových drog.
(ověřováno pomocí dotazníku otázkou číslo 6)

Výsledek průzkumu: 70 klientů odpovědělo, že drogu užíli

12 klientů odpovědělo, že žádnou drogu neužíli

Výsledky vyjádřené v procentech: 85 % (70 klientů) drogu užílo

15% (12 klientů) nikdo neužílo



Graf č. 4 - Zkušenost klientů Dětského domova se školou s nelegálními nealkoholovými drogami

Z uvedených informací vyplývá, že 85 % (70 klientů) respondentů užílo některou z nelegálních nealkoholových drog a 15 % (12 klientů) žádnou z nelegálních nealkoholových drog neužíli.

Předpoklad č.4, že nejméně 80 % klientů školního věku dětského domova se školou má zkušenosti s některou z nelegálních nealkoholových drog nebyl potvrzen.

Předpoklad č. 5 - Věková hranice drogových zkušeností u klientů Dětského domova se školou

Lze předpokládat, že nejméně 50 % klientů školního věku dětského domova se školou se setkala s nelegální nealkoholovou drogou ve věku mladším 12 let (ověřováno pomocí dotazníku otázkou číslo 7).

Z předpokladu č. 4 vyplývá, že 85% (70 dětí) klientů dětského domova se školou ve školním věku užilo drogu.

Výsledek průzkumu: 35 klientů odpovědělo, že drogu užili ve věku 11 let

12 klientů odpověděl, že drogu užil ve věku 12 let

10 klientů odpověděl, že drogu užil ve věku 13 let

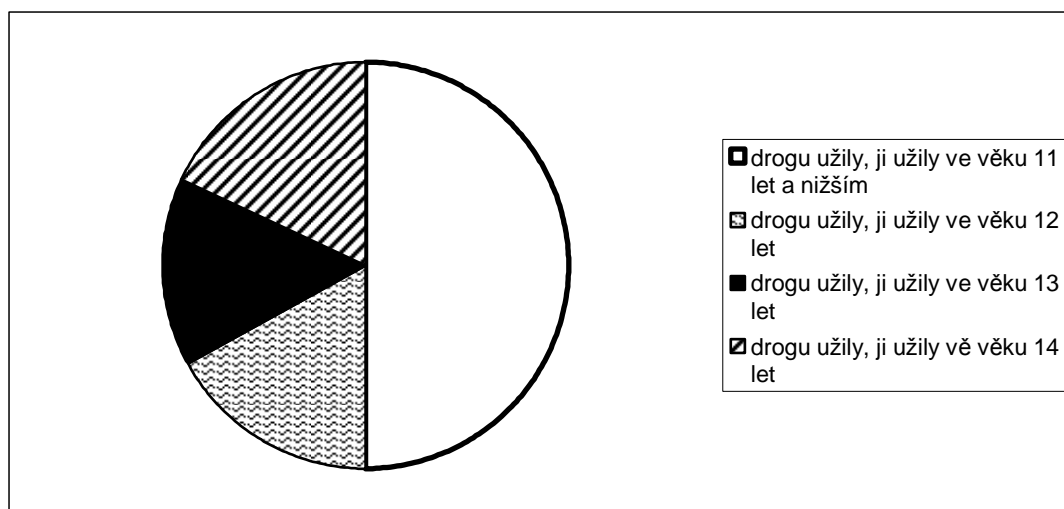
13 klientů odpověděl, že drogu užil ve věku 14 let

Výsledky vyjádřené v procentech: 50% dětí, kteří drogu užili, ji užili ve věku 11 let

17% dětí, kteří drogu užili, ji užili ve věku 12 let

15% dětí, kteří drogu užili, ji užili ve věku 13 let

18% dětí, kteří drogu užili, ji užili ve věku 14 let



Graf č. 5 – Věková hranice drogových zkušeností u klientů Dětského domova se školou

Z uvedených informací vyplývá, že z dětí, které drogu užily (70 klientů) ji 50 % (35 dětí) užilo ve věku mladším než 12 let, 17 % klientů (12 dětí) ve věku 12 let, 15% klientů (10 dětí) ve věku 13 let a 18 % klientů (13 dětí) ve věku 14 let.

Předpoklad č.5, že nejméně 50 % klientů školního věku dětského domova se školou se setkala s nelegální nealkoholovou drogu ve věku mladším 12 let byl potvrzen.

Předpoklad č. 6 - Způsob získání nelegální nealkoholové drogy u klientů Dětského domova se školou

Lze předpokládat, že nejméně 75 % klientů dětského domova, kteří užili nelegální nealkoholovou drogu, ji získali od svých kamarádů (ověřováno pomocí dotazníku otázkou číslo 8).

Z výsledků předpokladu č. 4 vyplývá, že 85% (70dětí) klientů dětského domova se školou ve školním věku užilo drogu.

Výsledky průzkumu: 57 klientů drogu získalo od kamaráda

7 klientů drogu získalo od příbuzného

4 klienti drogu koupili

2 klienti drogu dostali zdarma od neznámého chlapce v partě mladých lidí

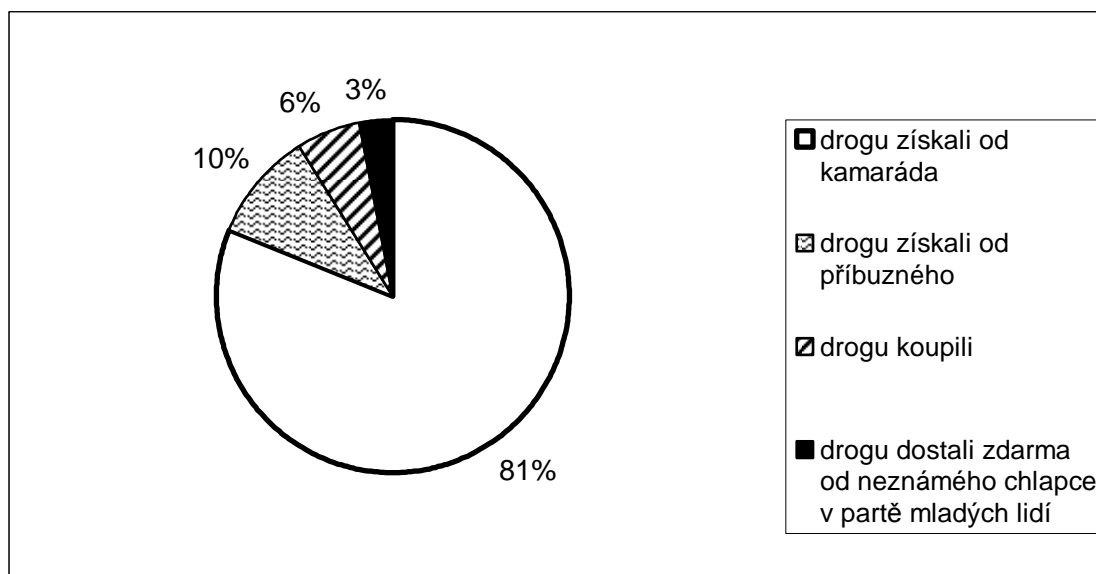
Výsledky vyjádřené v procentech: 81% dětí drogu získalo od kamaráda

10% dětí drogu získalo od příbuzného

6% dětí drogu koupilo

3% dětí drogu dostaly zdarma od

od neznámého chlapce v partě mladých lidí



Graf č. 6 – Způsob získání nelegální nealkoholové drogy u klientů Dětského domova se školou

Z uvedených informací vyplývá, že z dětí, které drogu užily (70 klientů) ji 81 % klientů (57 dětí) získalo drogu od kamaráda, 10 % klientů (7 dětí) od příbuzného, 6 % klientů (4 děti) drogu koupilo a 3 % klientů (2 děti) získalo drogu od neznámého chlapce v partě.

Předpoklad č.6, že nejméně 75 % klientů dětského domova, kteří užili nelegální nealkoholovou drogu, ji získali od svých kamarádů byl splněn.

Předpoklad č. 7 - Opakované užití nelegální nealkoholové drogy mezi klienty Dětského domova se školou

Lze předpokládat, že nejméně 40 % klientů dětského domova se školou, kteří drogu užili, ji užili opakovaně (ověřováno pomocí dotazníku otázkou číslo 9).

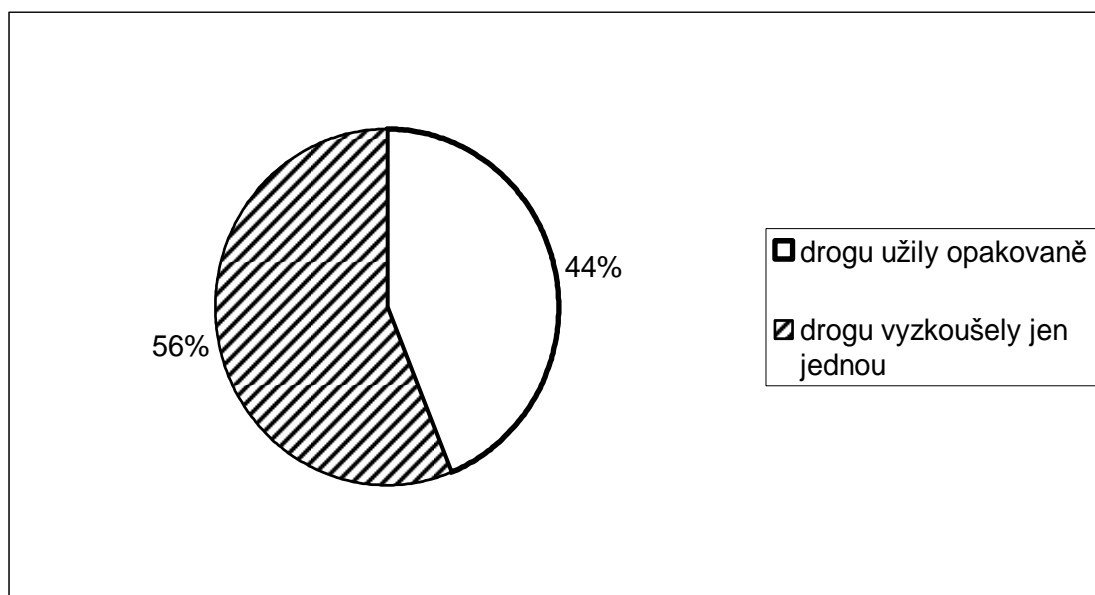
Z výsledků předpokladu č. 4 vyplývá, že 85% (70 dětí) klientů dětského domova se školou ve školním věku užilo drogu.

Výsledky průzkumu: 31 klientů drogu užilo opakovaně

39 klientů drogu vyzkoušelo pouze jednou

Výsledky vyjádřené v procentech: 44 % dětí drogu užilo opakovaně

56 % dětí drogu vyzkoušelo pouze jednou



Graf č. 7 - Opakované užití nelegální nealkoholové drogy mezi klienty Dětského domova se školou

Z uvedených informací vyplývá, že z dětí, které drogu užily (70 klientů) ji 44 % klientů (31 dětí) užilo opakovaně, a 56% klientů (39 dětí) drogu pouze vyzkoušelo.

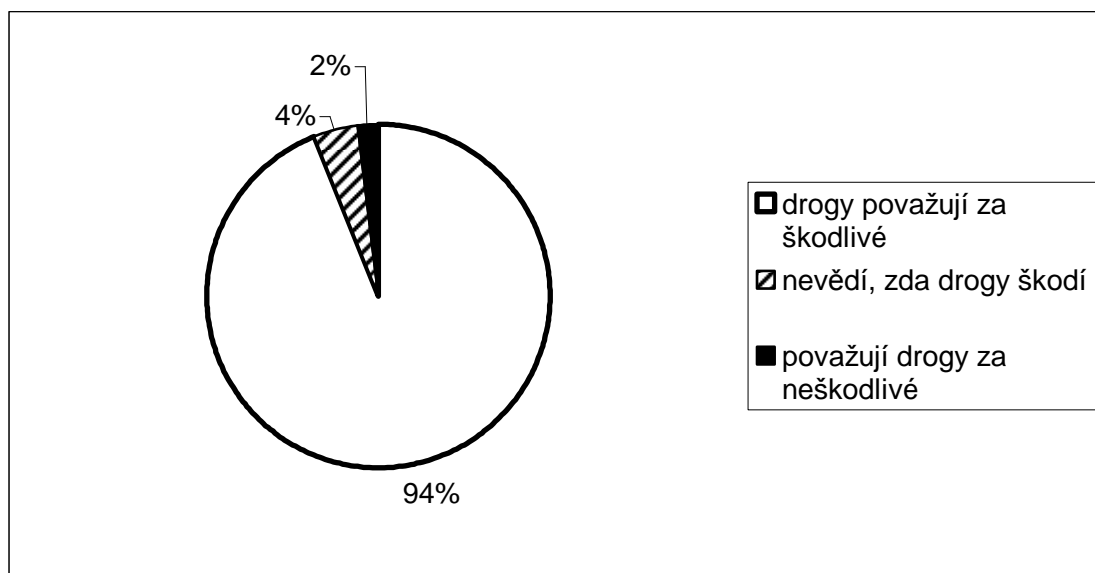
Předpoklad č.7, že 40 % klientů dětského domova se školou, kteří drogu užili, ji užili opakovaně byl potvrzen výsledky zpracovaných dotazníků.

Předpoklad č. 8 - Informovanost o škodlivosti drog mezi klienty Dětského domova se školou

Lze předpokládat, že nejméně 95 % klientů dětského domova se školou si myslí, že jsou drogy škodlivé (ověřováno pomocí dotazníku otázkou číslo 10).

Výsledky průzkumu: 77 dětí odpovědělo, že drogy jsou škodlivé
3 děti odpověděly, že nevědí, zda drogy škodí
2 děti považují drogy za neškodné

Výsledky vyjádřené v procentech: 94 % dětí odpovědělo, že drogy považují za škodlivé
 4 % dětí odpovědělo, že nevědí, zda drogy škodí
 2% dětí považují drogy za neškodné



Graf č. 8 – Informovanost o škodlivosti drog mezi klienty Dětského domova se školou

Z uvedených informací vyplývá, že 94 % dětí (77 klientů) považuje drogy za škodlivé, 4 % dětí (3 klienti) neví, zda drogy škodí a 2 % dětí (2 klienti) považují drogy za neškodné.

Předpoklad č.8, že 95 % klientů dětského domova se školou si myslí, že jsou drogy škodlivé nebyl při zpracování dotazníku potvrzen.

4 ZÁVĚR Z VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU A POROVNÁNÍ S ÚDAJI VE VÝROČNÍ ZPRÁVĚ O STAVU VE VĚCECH DROG V ČESKÉ REPUBLICE V ROCE 2005

Při vyhodnocování dat je nutné mít na zřeteli možnou pravdivost (upřímnost) subjektivních výpovědí respondentů získávaných danou formou.

Dotazníky byly vyhodnoceny kvantitativní metodou vyjádřenou v absolutních hodnotách a procentech. Při vyhodnocení dotazníků bylo zjištěno, že předpoklady č. 1, 3, 4, 5, 6 a 7 byly potvrzeny a předpoklady č. 2 a 8 potvrzeny nebyly.

Drogové zkušenosti klientů dětského domova se školou jsou bohaté, což potvrzuje nejen průběh samotného průzkumu, ale i dokumentace dětí. Údaje získané v průzkumu v dětském domově se školou lze porovnat s údaji, získanými z „Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005“, která byla vydána Úřadem vlády České republiky v září 2006.

Rozsah užívání drog mezi dětmi do 15 let

Poslední celonárodní reprezentativní průzkum zaměřený na rozsah užívání návykových látek mezi školní mládeží mladší 15 let byl realizován v rámci mezinárodní studie HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) zaměřené na zdraví a životní styl dětí ve věku 11, 13 a 15 let, otázky týkající se užívání nelegálních drog byly zařazeny do dotazníku pouze u 15letých žáků (9. třída ZŠ).

Alespoň jedno užití nelegální drogy v životě uvedlo 31,0 % 15letých, nejčastěji užitou nelegální drogou je marihuana (34,6 % chlapců a 26,7 % dívek). Druhou nejčastěji uváděnou nelegální drogou je extáze (4,2 % dotázaných) a LSD (3,0 %), zkušenosti s opiáty a amfetaminy uvedla přibližně 1–2 % dotázaných. Varujícím faktem je vysoká prevalence užívání (inhalace) těkavých látek (7,3 %) a užívání léků se sedativním účinkem bez lékařského předpisu (7,0 %).

V posledních letech se často hovoří o tom, že užívání návykových látek – především jeho začátek – se přesouvá do stále nižšího věku a problémem se stává užívání návykových látek mezi dětmi mladšími 15 let. Průzkumy ve školní populaci ukazují, že poměrně rozšířené mezi českými dětmi je kouření a především pak pití alkoholu, což souvisí s vysokou mírou tolerance společnosti ke konzumaci alkoholu a jeho vysokou dostupností.

Zkušenosti s užitím nelegálních drog uvádí přibližně 1/3 15letých, ale také přibližně 13–14 % 13letých a dokonce 2–3 % 11letých; nejčastěji se jedná o zkušenost s konopnými látkami. Druhou nejčastěji užitou nelegální drogou mezi dětmi jsou těkavé látky. Varující je fakt, že z dětí, které drogu vyzkoušely, ji chce znovu užít celá polovina; mezi dětmi, které drogu neužily, by ji chtělo vyzkoušet více než 10 %.

Počty dětí mladších 15 let v léčbě jsou velmi nízké – každoročně je v AT ordinacích registrováno přibližně 100 dětí, počty hospitalizovaných dětí v souvislosti s užitím nelegálních drog se pohybují okolo 120 ročně. Zatímco u 14 – 15letých dětí je nejčastějším důvodem hospitalizace užití kombinace více drog najednou a užívání konopných látek,

u mladších dětí se jedná nejčastěji o těkavé látky. Užívání těkavých látek, stejně jako psychoaktivních léků u dětí je třeba nepodceňovat – každoročně dochází k 1–2 úmrtím dětí v souvislosti s jejich užitím.

Specializovaných léčebných zařízení pro děti do 15 let je omezený počet, existuje mezi nimi malá provázanost a jako problematická se ukazuje špatná indikace dětí pro léčbu. Průběh léčby a její úspěšnost dále komplikuje fakt, že u dětí mladších 15 let se nejedná o léčbu dobrovolnou.

Každoročně je evidováno necelých 100 případů drogové trestné činnosti spáchané dětmi mladšími 15 let; u dětí je však další stíhání většinou odloženo pro tzv. nedostatek věku. Nejčastěji se jedná o nedovolenou výrobu a přechovávání OPL (§ 187), ve většině případů se jedná o konopné látky.

V porovnání s touto zprávou jsou údaje získané průzkumem v Dětském domově se školou v Hamru na Jezeře nesrovnatelně vyšší.

Je to dáno jednak typem zařízení, které je specializované na výchovné působení na klienty s poruchami chování, jednak sociálním prostředím, ze kterého děti pocházejí.

Celý výchovný proces je zaměřen jako nácvik sociálních dovedností a kompetencí nejen ve vztahu k drogové problematice, ale i jako prevence všech sociopatologických jevů, které se u klientů projevují. Je řízen Strategií prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2005 – 2008. (Příloha č.3).

5 NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ

Při přípravě a realizaci opatření, která mají snížit riziko vzniku drogové závislosti, je třeba si uvědomit jaký prvotní přínos pro jedince představuje konzumace drog, co „pozitivního“ jim přináší.

V oblasti psychické je to hlavně pocit euforie, naplnění a štěstí, zvýšení sebevědomí, výkonnosti a soustředění. Je to pro ně nová zkušenost a svoboda. V oblasti sociální hlavně nové kamarády a v oblasti tělesné je to hlavně štíhlá postava, odstranění pocitu únavy a fyzické bolesti.

Klienty je třeba seznámit i s negativy, která konzumace drog a vznik závislosti v pozdějším období přichází. V oblasti psychické jsou to deprese, nevyrovnanost, ztráta prožívání a sebedůvěry, snížená sebekontrola a nezáměr o normální život, špatné psychické zdraví a ztráta smyslu života.

V oblasti sociální jsou to hlavně špatné vztahy s rodinou, ztráta společenského postavení, vzdělání a později zaměstnání, nezodpovědnost a trestná činnost a v oblasti tělesné je to rozpad tělesné schránky, špatné fyzické zdraví, abstinenční příznaky a smrt.

Je třeba si uvědomit, že mezi extrémně ohroženou část populace patří právě dospívající jedinci. Mimo jiné je to dáno jejich zvýšenou emocionální labilitou, hyperkritičností vůči sobě i okolí, rozporem mezi jejich sociální rolí, kdy je od nich očekáváno chování a jednání na dospělé úrovni, a sociální pozicí, kde jsou jim dosud přiznávána práva nedospělého, dítěte, a zvýšeným prožíváním strachu až úzkosti pramenící z nejistoty pojetí vlastní osoby, z nejistoty o své roli v životě apod.

Preventivní působení v oblasti abúzu drog je v této souvislosti nutné zaměřit na vytvoření takového sociálního prostředí, které povede ke kompenzaci nejohroženější části populace a k vytvoření pozitivních postojů k jiným fenoménům, než je droga a její abúzus.

5.1 Doporučení pro výchovnou práci s klienty jako prevence vzniku drogové závislosti

Základem navrhovaných doporučení je systémový přístup, komplexnost, včasnost, vytrvalost, důslednost, pružnost a vědomí, že prevence je kontinuální proces. Východiskem je Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2005 – 2008 (příloha č.3) a obsahem jsou všechny metody a přístupy umožňující rozvoj harmonické osobnosti, včetně možnosti rozvíjení nadání, zájmů, pohybových a sportovních aktivit. Je třeba dodržení všech „Zásad preventivního působení ve škole a v zařízení náhradní rodinné výchovy jako prevence vzniku drogové závislosti“. (příloha č.4).

Cílem působení v oblasti prevence zneužívání psychotropních látek je dítě odpovědné za vlastní chování a způsob života v míře přiměřené jeho věku s posílenou duševní odolností schopné dělat samostatná (a pokud možno správná) rozhodnutí, s přiměřenými sociálně psychologickými dovednostmi, schopné řešit, případně schopné nalézt pomoc pro řešení problémů, s vyhraněným negativním vztahem k návykovým látkám podílející se na tvorbě prostředí a životních podmínek. Při práci dodržujeme „Pravidla podporující zdravé vztahy“, „Zásady rozvoje zdravého sebevědomí u dítěte, „Zásady důvěry dítěte v dospělého“ a „Přístup k dítěti jako prevence vzniku závislosti“(příloha č. 5).

Za prvotní krok v nápravě stávajícího velmi závažného stavu drogových zkušeností klientů DDŠ je možné považovat detailní seznámení všech osob, které se podílejících na výchově, s výsledky průzkumu. Alarmují výsledky je vhodné brát jako výchozí situaci při tvorbě výchovně vzdělávacích činností pro děti. V rámci prevence je nezbytné další vzdělávání pedagogických pracovníků v této oblasti. Formou kurzů a přednášek rozšířit vědomosti v oblasti primární a sekundární prevence. Důležitá je i trvalá spolupráce s protidrogovým koordinátorem v zařízení (zdravotnice) a dodržování „Preventivního programu DDŠ v oblasti zneužívání návykových látek“ (příloha č.6).

Do možností preventivního působení je vhodné zapojit i etopeda zařízení, který v rámci své funkce bude preventivně individuálně působit na děti i jejich rodinné příslušníky. Do rámce vzdělávání pedagogických pracovníků je třeba zařadit i znalosti a

doporučení v oblasti „Prevence drogových problémů“, „Varovných znamení vzniku závislosti“, „První pomoci při otravě drogami“ (příloha č.7) a možností drogového poradenství a léčby (příloha č.8).

Pro kvalitní preventivní práci je nutná dostatečná znalost postižení dítěte, formulovaná v individuálně výchovném plánu činnosti.

Důležitou složkou nápravy současného stavu je nutnost spolupráce s orgány OSPOD, jejichž prostřednictvím lze důkladně prověřit situaci v místě bydliště a eliminovat možné další zneužití psychotropních látek při pobytu v rodinách v době dovolenek a prázdnin a sledovat jeho chování, kdy se mnohdy setkává s původní závadovou skupinou vrstevníků. Nezbytné je i důkladné monitorování činnosti klientů a při náznacích potíží použít všechny dostupné možnosti prevence. Do oblasti prevence je nutné zapojit i rodinné příslušníky dětí. Za součást tohoto patření je možno považovat v odůvodněných případech i kontrolu moči klientů pro zjištění zneužití drog v době prázdnin po návratu z dovolenek.

Ve „Vnitřním řádu DDS“ je třeba zakotvit možná represivní opatření v případě zjištění zneužití psychotropních látek. Nezbytná je rychlá reakce řešení problémů v oblasti drogové problematiky, případné zapojení dětské samosprávy s využitím možností „Vnitřního řádu DDS“ v oblasti opatření ve výchově a to jak v oblasti trestů, ale i odměn.

Nedílnou součástí je i možnost působení oddělení OSPOD na rodiče a původní sociální okolí klientů.

Již při příchodu do DDS je třeba zaměřit pozornost na klienty, kteří mají ve své anamnéze drogovou zkušenost. Po období adaptace je třeba s takto predisponovanými dětmi ihned začít v této oblasti intenzivně pracovat.

Základním principem práce výchovného zařízení by měla být změna hodnotového žebříčku klientů. Snahou je vždy docílit u dětí změnu v hierarchii svých hodnot, je-li postavena nežádoucím způsobem.

Dostatečné zaměstnání dětí v zájmových činnostech, nabídka ze škály zájmových aktivit a možností vlastní realizace je nejúčinnějším prvkem prevence. Důležité je dětem ukázat jinou alternativu trávení volného času, v konkrétních situacích nechat zažít pocity radosti, uspokojení a seberealizace.

Pestrá výchovná činnost pomůže najít pro děti atraktivní činnosti, které jim poskytnou uspokojení v žádoucí formě. Součástí je doporučovaná snaha o zvyšování duševní odolnosti dětí proti stresu, negativním vlivům a zátěži. Cílem je ukázat dětem

aktivity, ve kterých budou úspěšné, zažijí pocity uspokojení a prospěšně stráveného volného času jako alternativu jejich předchozího programu ve volném čase.

Celý výchovný program je vhodné zaměřit i na perspektivy jejich budoucího života, zásady zdravého životního stylu, podporu jejich sociálních kompetencí a možností profesního uplatnění. Důležité je nezastírat i negativní zdravotní a sociální důsledky v případě dalšího zneužívání drog.

Vhodným prvkem preventivních opatření je i využití prvků arteterapie, muzikoterapie a prvků dramatické výchovy jako prostředku lepšího poznání klientů.

Nedílnou součástí prevence drogových závislostí je doporučována osvětová činnost s dětmi. V rámci výchovné i výukové činnosti je vhodné zařazovat besedy v rámci rodinné výchovy, občanské nauky a rozumové výchovy. Do besed je vhodné zařadit i spolupráci s odborníky z řad PČR, právníky a sociálními pracovníky z oddělení OSPOD. Další možností je využití masmédií, kdy budou dětem vybrány vhodné pořady o životním stylu a drogové problematice.

Jako důležitou složku prevence je vhodné zařazovat zátěžové pobyty dětí s pedagogy v období prázdnin, kdy jsou děti nuceny postarat se sami o sebe, získávají nové sociální dovednosti a jsou nuceny ke spolupráci při zajišťování základních životních potřeb.

Nové sociální dovednosti zajišťovat dětem akcemi, kdy dochází ke spolupráci s veřejností v okolí DDS a různými sportovními akcemi v rámci obdobných zařízení, jako jsou olympiády a sportovní přebory.

Při jakýchkoli obtížích je nutné umožnit dětem vhodná odborná vyšetření a spolupráci s odbornými pracovišti – např. PPP, psychiatrie.

V současné době je pro klienty s problémy v oblasti drog v zařízeních našeho typu pouze možná odborná léčba v zařízení „Cesta Řevnice“. Toto oddělení je řízeno DDÚ Dobřichovice a je školským zařízením. Je určeno pro problémové uživatele drog, u kterých syndrom závislosti není vyvinut do té míry, aby mohl být označován lékařskou diagnostikou. Bohužel toto zařízení přijímá děti od 15 let věku. Vzhled k tomu, že věková hranice klientů s drogovou zkušeností se stále snižuje by bylo vhodné zřídit i zařízení, kde by bylo možné poskytnout péči dětem s drogovou zkušeností mladším 15 let.

Veškeré aktivity spjaté s touto problematikou, které se organizují ve výuce či v zájmových útvech, je třeba zakotvit v plánu činností DDS.

5.2 Hlavní časové dotace doporučeného preventivního programu

Obsah	Časová dotace	poznámka
Vzdělávání pedagogů v oblasti	Podle nabídky kurzů	Učitelé, vychovatelé
Volnočasové zájmové aktivity	Průměrně 2 hodiny denně	Široká nabídky možností DDŠ a jiných iniciativ
Terapeutické činnosti – arteterapie, muzikoterpie	4 hod. týdně	terapeut
Osvětová činnost	10 hod.ročně	Besedy s odborníky, právníky,PČR
Zážitkové, zátěžové pobyty s pedagogy	4x ročně	Hlavní a vedlejší prázdniny
Olympiády, přebory, soutěže	Dle nabídky	Využití soutěží MŠMT a jiných organizací
Spolupráce s nadacemi		Nadace MT, Rapper a jiné
Spolupráce s veřejností	Dle nabídky	Využití v rámci opatření ve výchově
Projednávání problematiky na pedagogických radách	2x ročně	Samostatné zprávy
Spolupráce s PPP, psychiatrií a jiné	Dle potřeby jednotlivých dětí	Česká Lípa, Liberec, Praha
Spolupráce s rodinou	Dle možností a potřeby	Spolupráce s OSPOD

Diferencované individuální činnosti s dítětem	Dle potřeby	Etoped, vychovatel, učitel
Zařazení problematiky do vyučování a výchovné činnosti – exkurse, burzy a jiné	8 hodin ročně	Zejména děti v posledních dvou ročnících ZŠ

Tabulka č. 2 - Hlavní časové dotace doporučeného preventivního programu

5.3 Činnost klientů Dětského domova se školou jako prevence vzniku drogových závislostí

Skloubit zájmy a záliby tak velkého množství dětí je komplikované, proto jsou aktivity velmi rozmanité a pestré. Je snaha, aby si každý klient mohl najít činnost, která ho bude nejen bavit, ale bude v ní úspěšný a bude se cítit užitečný.

Základem programu jsou pohybové aktivity a to v různých formách, které děti nejen baví, ale pomáhají jim i vyrovnávat se s jejich problémy. Vzhledem ke krásnému okolí často jsou organizovány turistické a cyklistické výlety, spojené s poznáváním přírodních, kulturních a historických zajímavostí zdejší oblasti.

Chlapci velmi často hrají fotbal a jsou v něm úspěšní. Účastní se i turnajů pod patronací MŠMT a vozí medaile.

V loňském a letošním roce nás potěšili i letní olympiáde chlapců, kterou pořádal DDŠ a VÚM v Boleticích. S velkým náskokem v této soutěži zvítězili.

Podobně úspěšná byla i účast na zimní olympiádě pro naše dívky.

Dívky své sportovní nadání využívají zejména ve vybíjené, ve které se také zúčastňují sportovních klání a ve volejbalu.

Rozmanitá činnost je pro děti připravovaná i v oblastech výtvarné, pracovní, estetické a rozumové výchovy. Velice oblíbená je i hudební výchova, kde děti nejen poslouchají hudbu, ale sami hrají na hudební nástroje a zpívají.

Děti chodí také na brigády. Pomáhají s úklidem okolí zařízení, v obci, jezdí pomáhat do Lázní Kunratic i na jiná místa. Možná je to s podivem, ale hlavně chlapci mají brigády rádi, protože mohou ukázat, že mají sílu a vytrvalost při práci.

S co možná největší péčí se snažíme připravovat pro děti prázdninový program.

Každoročně nám zůstává v zařízení 10 až 15 dětí, které nemají jinou možnost trávení prázdnin. Jsme si velice dobře vědomi, že toto období patří v životě našich dětí z psychického hlediska k nejnáročnějším. Proto se snažíme o vytváření pestrého programu, který by zabránil tomu, aby se děti nudily a docházelo ke vzniku konfliktů.

Prázdninové tábory jsou rozmanité. Děti je prožívají jak například na horských boudách, kde mají plnou penzi a veškerou péči, tak pod stany, kde musí dokázat, že jsou pod dohledem vychovatelů schopni se o sebe postarat. Vaří si, učí se rozdělávat oheň, plánují nákupy a učí se hospodařit s penězi. Právě tyto „přírodní podmínky“ dětem vyhovují a dávají jim zažít pocit vlastní důležitosti.

Velmi dobré zkušenosti jsou s využitím prvků dramatické výchovy. Normy chování našich klientů jsou často na velice nízké úrovni. Nedokáží rozlišit, co je správné a co ne. Prvky dramatické výchovy se jim pokoušíme ukázat, že jsou možnosti korekce jejich chování, pokud budou o svých problémech hovořit. S přihlédnutím k jejich duševním a fyzickým schopnostem se snažím rozvíjet jejich sociální dovednosti, hrami zlepšovat vztahy ve skupině, učit je soustředění, disciplíně a empatii. Důležitou součástí snažení je pokusit se naučit děti chápat požadavky a potřeby ostatních, učit je komunikovat s ostatními dětmi a otevřeně mluvit o svých pocitech a problémech. Méně komunikačně zdatné děti se snažím do her dramatické výchovy zapojovat, aby si uvědomily svou důležitost.

Toto není snaha o náhradu odborné psychologické a psychiatrické péče, ale jen rozšíření možností pomoci dětem.

Vliv dramatické hry na osobnost dítěte, jeho psychické funkce a jeho socializaci je velmi široký. Přispívají k postupnému rozvíjení citové a volní stránky osobnosti klienta, obohacují jeho život o nové etické a sociální city. Hluběji prožívají určité situace a dovedou je hodnotit. Mají podstatný vliv na myšlení, paměť, vyjadřovací schopnosti, slovní zásobu a myšlení.

Přispívají i ke zlepšení chování a v důvěru ve své schopnosti. Učí děti aktivní činnosti, vlastní tvořivosti a rozvoji fantazie.

Jako vhodnou formu prevence vzniku drogových závislostí jsou považovány besedy a promítání filmů na téma drogové závislosti s následnými besedami na toto téma v rámci občanské výchovy ve škole a rozumové výchovy při výchovné činnosti.

Snahou je ukázat dětem nový přístup, jak pohled na možnosti trávení volného času, zjistit, v kterých činnostech jsou úspěšní a tímto směrem je směřovat. Zvýšení

sebevědomí a pocit úspěšnosti funguje jako prevence před touhou zkoušet nelegální nealkoholové drogy.

Činnost jako prevence bude úspěšná pouze v případě, že si děti to, co se naučí v zařízení odnesou i do svého domácího prostředí a budou se těmito pravidly řídit i o prázdninových pobytech v domácím prostředí a po odchodu zpět do rodin.

6 SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1.vyd. Brno: Paido, 2000. ISBN80-85931-79-6.

Hajný Martin [online] 2003 - 2004

<http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=146&list=146&shw=100115>. [cit. 2007-1-7]

HELLER, J., PECINOSVKÁ, O. *Závislost známá neznámá*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1996. ISBN 80-7169-277-8

HLADÍLEK, M. *K obecným základům pedagogiky*. 2. opravené vyd. Liberec: Technická univerzita, 1997. ISBN 80-7083-265-7.

MARHOULOVÁ, J., NEŠPOR, K.: *Alkoholici, fetišáci a gambleři*. 1.vyd. Praha: Empatie, 1995. ISBN 80-901618-9-8

NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. *Prevence problémů působených návykovými látkami*. 1.vyd. Praha: Besip MV, 1998

NEŠPOR, K., PROVAZNÍKOVÁ, H. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami*. 2. rozšířené vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1997. ISBN 80-7071-050-0

NOVOTNÁ, M., KREMLÍČKOVÁ, M. *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele*. 1. vyd. Praha: SPN, 1997. ISBN 80 – 95937 – 60 – 3.

PRESL, J. *Drogová závislost*. 2. rozšířené vyd. Praha: Maxdorf, 1995. ISBN 80-85800-25-X.

Primární drogová prevence [online] 02.07.1999.

(<http://knihovna.adam.cz/drogy99/prevence.htm04>) prevence [cit. 2007-1-7].

Sekundární drogová prevence [online] 02.07.1999.

<http://knihovna.adam.cz/drogy99/prevence.htm>04[cit. 2007-1-7].

Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2005 – 2008

ŠVINGALOVÁ, D. *Kapitoly z psychologie, I.díl.* 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2002. ISBN 80-7083-613-X.

ŠVINGALOVÁ, D., PEŠATOVÁ, I. *Uvedení do výzkumu a metodika tvorby bakalářské práce.* 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2006. ISBN 80 – 7372 – 046 – 9.

Terciální drogová prevence [online] 02.07.1999.

<http://knihovna.adam.cz/drogy99/prevence.htm>04[cit. 2007-1-7].

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky.* 3. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80 – 7178 – 678 – 0.

VÁGNEROVÁ, M. *Úvod do vývojové psychopatologie IV. Poruchy adaptace.* 1.vyd. Liberec: Technická univerzita, 2003. ISBN 80-7083-766-7.

Výběrového šetření o zdravotním stavu a životním stylu z obyvatel ČR [online] 6.1.2007
http://www.novinky.cz/domaci/drogy-zkusil-uz-kazdy-ctvrty-cech_105791_ve2lj.html[2007-1-6].

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005. 1. vyd. Praha: Úřad vlády, 2006. ISBN 80-86734-99-4.

7 SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 - Dotazník drogových zkušeností pro klienty Dětského domova se školou (viz text – s.47)**
- Příloha č. 2 - Zpracování výsledků průzkumu drogových zkušeností klientů Dětského domova se školou (viz text – s.51)**
- Příloha č. 3 – Strategie prevence sociálně patologických jevu u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2005 – 2008 (viz text – s.62)**
- Příloha č. 4 – Zásady preventivního působení ve škole a v zařízení náhradní rodinné výchovy jako prevence vzniku drogové závislosti (viz text - s. 64)**
- Příloha č. 5 – Pravidla podporující zdravé vztahy
Zásady rozvoje zdravého sebevědomí u dítěte
Zásady důvěry dítěte v dospělého
Přístup k dítěti jako prevence vzniku závislosti
(viz text – s. 64)**
- Příloha č. 6 – Preventivní program DDŠ v oblasti zneužívání návykových látek (viz text – s. 64)**
- Příloha č. 7 – Prevence drogových problémů
Varovná znamení vzniku závislosti
První pomoc při otravě drogami
(viz text – s. 65)**
- Příloha č. 8 – Drogové poradenství a léčba (viz text – s. 65)**

Příloha č. 1

Dotazník drogových zkušeností pro klienty

Dětského domova se školou

Dotazník drogových zkušeností

Pro klienty Dětského domova se školou

1. Kolik je Ti let.

2. Jsi dívka nebo chlapec.

3. Znáš nějaké drogy? Zaškrtni ze seznamu které, případně doplň další!

Marihuana

Toulen (popř. lepidla)

Houbičky (rostlinné drogy)

Pervitin

LSD

Kokain

Braun

Crack

Anabolika

Tlumivé léky

Tripy

Extáze

4. Znáš ve Tvém okolí někoho, kdo drogu užívá?

5. Nabízel Ti někdo drogu? Kdo a jakou?

6. Užil jsi někdy drogu sám? Pokud ano, jakou?

7. Pokud jsi drogu užil, kolik Ti bylo let?

8. Jakým způsobem jsi drogu získal?

9. Užil jsi drogu opakovaně?

10. Myslíš, že drogy jsou škodlivé? Zaškrtni odpověď, o které si myslíš, že je
správná.

Ano

Ne

Nevím

Příloha č. 2

**Zpracování výsledků průzkumu drogových zkušeností
klientů Dětského domova se školou**

Zpracování výsledků průzkumu drogových zkušeností klientů Dětského domova se školou

Předpoklad č. 1	Děti, které odpověděly, že znají 3 a více druhů drog //////////////////////////////////// 64
	Děti, které odpověděly, že znají 2 druhy drog //////// 10
	Děti, které odpověděly, že znají 1 druh drog //// 5
	Děti, které odpověděly, že neznají žádné drogy /// 3
Předpoklad č.2	Děti, které odpověděly, že ve svém okolí znají někoho, kdo užívá drogy //////////////////////////////////// 77
	Děti, které odpověděly, že ve svém okolí neznají nikoho, kdo užívá drogy //// 5
Předpoklad č.3	Děti, kterým někdo nelegální nealkoholovou drogu nabízel //////////////////////////////////// 73
	Děti, kterým nikdo nelegální nealkoholovou drogu nenabízel //////// 9
Předpoklad č. 4	Děti, které některou z nelegálních nealkoholových drog užily //////////////////////////////////// 70
	Děti, které žádnou z nelegálních nealkoholových drog neužily //////// 12
Předpoklad č. 5	Děti, které užily drogu ve věku 11 let //////////////////////////////////// 35
	Děti, které užily drogu ve věku 12 let //////// 12
	Děti, které užily drogu ve věku 13 let //////// 10
	Děti, které užily drogu ve věku 14 let //////// 13
Předpoklad č. 6	Děti, které získaly drogu od kamaráda //////////////////////////////////// 57
	Děti, které získaly drogu od příbuzného //// 7
	Děti, které drogu koupily /// 4
	Děti, které drogu dostaly zdarma od neznámého // 2

Předpoklad č. 7	Děti, které drogu užily opakovaně //////////////////// 31
	Děti, které drogu užily pouze jednou //////////////////// 39
Předpoklad č. 8	Děti, které odpověděly, že drogy jsou škodlivé //////////////////////////////////// / 77
	Děti, které odpověděly, že nevědí, zda drogy škodí /// 3
	Děti, které považují drogy za neškodné // 2

Příloha č. 3

**Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a
mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy
na období 2005 - 2008**

**Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže
v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy
na období 2005 - 2008**

Obsah

Úvod

3

Oddíl I.

Vyhodnocení Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2001-2004

4

Oddíl II.

Cílové skupiny primární prevence

6

2.1. Děti

6

2.2. Pedagogičtí pracovníci

6

2.3. Specifické cílové skupiny

6

Oddíl III.

Zásady primární prevence resortu školství, mládeže a tělovýchovy

7

3.1. Sociálně patologické jevy

7

3.2. Organizační systém primární prevence v ČR

8

3.3. Hlavní subjekty systému resortu školství, mládeže a tělovýchovy pro oblast primární prevence

9

Oddíl IV.

Cíle Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2005-2008

10

4.1. Dlouhodobé cíle

10

4.2. Střednědobé cíle

10

4.3. Krátkodobé cíle

11

Příloha I.

SWOT Analýza

– Vyhodnocení realizace prevence sociálně patologických jevů v letech 2001-2004

12

Úvod

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (dále ministerstvo) má stěžejní podíl v primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v České republice. V oblasti protidrogové primární prevence bylo ministerstvo usnesením vlády č. 549/2003, o posílení národní protidrogové politiky, pověřeno koordinací primární protidrogové prevence na meziresortní úrovni. Je to dáno nejen celkovým počtem dětí, žáků a studentů vzdělávajících se ve školách, ale také celkovou délkou působení školního prostředí na ně. Období školního vzdělávání má velmi významnou funkci v oblasti formování osobnosti mladých lidí a vše, co se v tomto období nepodaří se jen velmi obtížně napravit v období dospělosti. Toto je také důvod, proč je oblasti prevence sociálně patologických jevů u školní populace věnována mimořádná pozornost, a to nejen ze strany ministerstva, ale i všech dalších složek podílejících se na řízení školství, zvláště pak krajů a obcí.

Ministerstvo v oblasti prevence sociálně patologických jevů plní několik důležitých úkolů. Jednak je to stanovování základních strategií v daných oblastech, stanovení priorit na budoucí období, podpora vytváření vazeb a struktury subjektů realizujících či spolupodílejících se na vytyčených prioritách a v neposlední řadě podpora vytváření materiálních, personálních a finančních podmínek nezbytných pro vlastní realizaci prevence ve školství.

Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství na období 2005-2008 vychází ze závěrů pravidelných jednání s krajskými koordinátory a metodiky prevence, výsledků analýzy potřeb terénu, z dlouhodobých cílů stanovených strategiemi nadresortních orgánů, ze zkušeností z naplňování koncepcí prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů u dětí a mládeže na období 1998 – 2000 a 2001 - 2004.

Strategie prevence je v souladu s Národním programem rozvoje vzdělávání, tzv. Bílou knihou, s Akčním plánem Evropské unie boje proti drogám, s Usnesením vlády ČR č. 1305 o Národní strategii protidrogové politiky na období 2005 - 2009, s Usnesením vlády ČR č. 393 ke Strategii prevence kriminality na léta 2005 - 2008 a dokumentem WHO Evropské zdraví 21 – Cíl 12 a s Usnesením vlády č. 1046 k Dlouhodobému programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky Zdraví pro všechny v 21. století. Strategie prevence sociálně patologických jevů je plně v souladu se Standardy primární prevence.

Základními cíli strategie primární prevence sociálně patologických jevů na období 2005-2008 jsou:

- *výchova ke zdravému životnímu stylu*
- *rozvoj a podpora sociálních kompetencí*

- **zkvalitněním koordinace a kontroly specifické primární prevence napříč resorty dosáhnout vyšší kvality a efektivity prováděných programů**

Principy *Strategie prevence* budou v roce 2005 dále rozpracovány v aktualizaci *Metodického pokynu pro prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže* a podrobně konkretizovány v manuálu *Sociálně patologické jevy – průvodce pedagoga*, který ministerstvo následně vydá.

Konkretizace a harmonogram plnění jednotlivých cílů ve Strategii obsažených bude rozpracována v následném Akčním plánu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.

Oddíl I.

Zhodnocení realizace Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2001-2004

Ministerstvo je v oblasti protidrogové primární prevence usnesením vlády č. 549/2003, o posílení národní protidrogové politiky, pověřeno koordinací primární protidrogové prevence na meziresortní úrovni. Za tímto účelem vytvořilo a koordinuje následující pracovní skupiny **„Pracovní skupina specifické primární protidrogové prevence a Pracovní skupina specifické primární prevence kriminality a ostatních sociálně patologických jevů“**, složená ze zástupců věcně příslušných resortů, krajů, akademické obce, nestátních neziskových organizací, pedagogicko-psychologických poraden, vysokých škol, přímo řízených organizací Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a ostatních odborníků na danou problematiku. Resort školství je zároveň gestorem v oblasti primární prevence kriminality u dětí a mládeže. Jeho činnost tedy zahrnuje jak primární prevenci v oblasti užívání návykových látek, tak primární prevenci kriminality a ostatních sociálně patologických jevů. Jako takové realizuje v rámci své činnosti aktivity v oblasti

- Metodické
- Koordinační
- Koncepční
- Dotační
- Výzkumné
- Informační a osvětové
- Vzdělávací
- Legislativní.

Ministerstvu se v daném období podařilo postupně upevňovat na **vertikální úrovni** fungující síť koordinátorů a metodiků prevence – **krajští školští koordinátoři**

prevence (pracovníci odboru školství, mládeže a tělovýchovy krajských úřadů), *metodici prevence* (pracovníci pedagogicko-psychologických poraden) a *školní metodici prevence* (vybraní pedagogové ve školách a školských zařízeních).

Na **horizontální úrovni** ministerstvo aktivně nadále spolupracuje s věcně příslušnými resorty (Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo vnitra, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo obrany), nadresortními orgány (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky při Úřadu vlády a Republikový výbor prevence kriminality při Ministerstvu vnitra) a s nestátními neziskovými organizacemi.

V rámci této úrovně byly ustanoveny při ministerstvu výše jmenované pracovní skupiny, jejichž cílem byla a je spolupráce, sjednocení přístupů a koordinace činností v dané oblasti napříč resorty.

V polovině roku 2002 byla problematika prevence sociálně patologických jevů ve školství převedena ze skupiny mládeže a tělovýchovy do skupiny regionálního školství, do odboru speciálního vzdělávání a institucionální výchovy. V té době mělo ministerstvo výrazný deficit v plnění vládou daných úkolů, minimálně spolupracovalo s nestátními nevládními organizacemi a téměř vůbec s Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy v letech 2001-2004 vyčleňovalo ze svého rozpočtu průměrně ročně cca 20,5 mil. Kč na ***Programy na podporu aktivit v oblasti prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství*** (podrobně uvedeno v tabulce na str. 6). Jednalo se o dotační řízení určená pro subjekty, které primární prevenci realizovaly na místní úrovni - **Program I** a na úrovni nadregionální či celorepublikové - **Program II**. Výše uvedená částka byla rozdělována v poměru 40% : 60% v neprospěch Programu I, tedy místních komunit a krajů. Od roku 2003 byl tento poměr změněn a Program I je od roku 2003 financován ze 70% celkového průměrného ročního rozpočtu 20,5 mil. Kč. Krajům a školám na místní úrovni se tak výrazně navýšily finanční prostředky na preventivní aktivity, jejichž výše se odvíjí od počtu školní populace v jednotlivých krajích.

Současné je resortem školství každý rok uvolněna částka 5 milionů korun do rozpočtů krajů na zabezpečení činnosti metodiků prevence v pedagogicko-psychologických poradnách. Jedná se o částku cca 58 tis. Kč na jednoho metodika.

MŠMT poskytuje každoročně v rámci Programu státní podpory práce s dětmi a mládeží na oblast zabezpečení volného času dětí a mládeže finanční prostředky ve výši cca 170 mil. Kč Tyto finanční prostředky zahrnují podporu aktivit v oblasti nespecifické primární prevence.

Úkoly „Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu MŠMT na období 2001 – 2004“ se přes nedobrá výchozí stav podařilo splnit. Jednoznačně k tomu přispěla **spolupráce s ostatními věcně příslušnými resorty, Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky, kraji, okresy, nestátními neziskovými organizacemi, ostatními subjekty, které na problematice primární prevence efektivně participují a v neposlední řadě spolupráce se samotnými školami a školskými zařízeními.**

Nicméně se nepodařilo zajistit na místní úrovni odpovídající podmínky pro práci školních metodiků prevence, kteří za svou činnost nemají mandatorní finanční odměnu. Práce ve volném čase s minimální zpětnou vazbou od vedení škol a zřizovatelů vede ke stále častější ztrátě motivace a určitému profesionálnímu vyhoření. Tento stav by se měl změnit naplněním zákona 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících a chystanou vyhláškou o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků.

Doposud se nepodařilo zavést do praxe ve většině škol a školských zařízení celodenní systém péče o děti a mládež s nabídkou volnočasových aktivit atraktivních pro jednotlivé věkové skupiny. Lze očekávat, že nová školská legislativa napomůže tomuto úkolu. Očekává se výrazné zvýšení a rozšíření volnočasových aktivit organizovaných školními družinami a školními kluby.

Přes dobrou spolupráci na úrovni zástupců resortů přetrvává problém v podceňování preventivní práce takřka na všech úrovních státní správy a samosprávy. Stejně tak lze nazírat na leckdy nedoceňující až přezírající přístup krajů a obcí, ale i některých ústředních orgánů. Toto je velmi limitujícím faktorem z hlediska úspěšnosti prevence ve školách.

Z výsledků realizované SWOT analýzy za účasti krajských školských koordinátorů prevence a metodiků prevence vyplynulo, že za podstatné slabé stránky až hrozby stávajícího systému primární prevence považují:

- špatné podmínky práce ve školách a školských zařízeních
- problematické financování
- obecné podceňování problematiky prevence sociálně patologických jevů
- podceňování úrovně vzdělání preventistů
- nedostatečná motivace pedagogů a ředitelů škol a školských zařízení ke změně sociálního klimatu
- nedostatečné legislativní zakotvení prevence.

Ke stanovení priorit prevence ve školách je důležité mít informace o tom, jakou podobu má konzumace návykových látek mezi mladými lidmi, jaké kriminogenní faktory převažují. Informace o *prevalenci sociální patologie* (tedy o tom, jaký typ návykové látky či jaké další formy sociální patologie se vyskytují, v jakém věku a v jaké četnosti) se dají využít k tomu, aby se preventivní snahy mohly zaměřit na specifické věkové skupiny a specifické problémy. Problematika sociálně patologických jevů je rozsáhlá, jednotlivé jevy mají v mnoha případech vzájemné vazby. Jejich prevence vyžaduje **systémový přístup, komplexnost, včasnost, vytrvalost, důslednost a pružnost.**

V návaznosti na celostátní strategie zpracovávají a realizují své krajské koncepce jednotlivé regiony. Výměna zkušeností z jejich realizace je předpokladem dalšího zkvalitňování úrovně prevence.

Tabulka přidělování dotací v rámci resortu školství v letech 2001 až 2004 (v tis. Kč):

Rok	Program I	Program II	Mzdové prostředky pro metodiky prevence	Celkem
2001	6 908 650	5 885 284	5 000 000	17 793 934
2002	7 848 000	5 434 000	5 000 000	18 282 000
2003	13 542 000	5 141 000	5 000 000	23 683 000
2004	13 506 000	3 331 000	5 000 000	21 837 000
Celkem	41 804 650	19 791 284	20 0000	81 595 934

Oddíl II.

Cílové skupiny primární prevence v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy

2.1. Děti a mládež

Cílem působení v oblasti prevence sociálně patologických jevů je dítě odpovědné za vlastní chování a způsob života v míře přiměřené jeho věku

- s posílenou duševní odolností vůči stresu, negativním zážitkům a vlivům
- schopné dělat samostatná (a pokud možno správná) rozhodnutí
- přiměřenými sociálně psychologickými dovednostmi
- schopné řešit, případně schopné nalézt pomoc pro řešení problémů
- s vyhraněným negativním vztahem k návykovým látkám
- podílející se na tvorbě prostředí a životních podmínek.

2.2. Pedagogičtí pracovníci

Předpokladem naplňování cílů v oblasti prevence je pedagog vzdělaný, odborně erudovaný, komunikativně, psychologicky a speciálně pedagogicky vybavený. Svou osobností se pozitivně podílí na vývoji sebeuvědomění žáka a je schopen vyučovat za aktivní účasti dětí.

Zvyšování odolnosti dětí a mládeže proti sociálně patologickým jevům vyžaduje **systémovou a koordinovanou** přípravu realizátorů preventivních aktivit ve školách a školských zařízeních.

2.3. Specifické cílové skupiny

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy metodicky zajišťuje a koordinuje specifickou primární prevenci na meziresortní úrovni a úzce spolupracuje při realizaci preventivních aktivit s fungující sítí koordinátorů a metodiků.

- meziresortní pracovní skupina (věcně příslušná ministerstva, rada vlády)
- krajské školství koordinátoři prevence (pracovníci odboru školství, mládeže a tělovýchovy krajských úřadů)
- metodici prevence (pracovníci pedagogicko-psychologických poraden)
- školní metodici prevence (vybraní pedagogové ve školách a školských zařízeních)
- nestátní neziskové organizace zabezpečující zejména aktivity, které v systému prevence chybí (péče o mladé toxikomany, raná péče o děti ze sociálně rizikového prostředí a o předškolní hyperaktivní děti, apod.)

Nelze vycházet z předpokladu, že škola zcela přejímá zodpovědnost za výchovu ke zdravému životnímu stylu. Zejména rané zkušenosti, které dítě získává v rodinném prostředí, jsou pro další vývoj dítěte určující a měly by zavazovat především orgány sociálně právní ochrany dětí. Škola rodičům pomáhá v rozvoji dítěte jeho vzděláváním a socializací ve skupině dětí a výchovou dítěte k dovednosti žít ve formální společenské instituci.

Prevence založená ve společnosti předpokládá řadu spolupracujících složek. Vedle rodiny, škol a školských zařízení je třeba sladěných a propojených opatření v oblasti sociálně právní ochrany dětí, zdravotnických zařízení, místní samosprávy, nestátních neziskových organizací, poradenských institucí ve školství, duchovních sdružení, policie, kulturních středisek, zájmových organizací, podnikatelských subjektů apod.

Školy a školská zařízení musí usilovat o integraci primárně preventivních aktivit, které samy poskytují, se službami specializovaných zařízení, zejm. PPP, SPC, SVP a IPS Úřadů práce. Mnohé je oblasti prevence sociálně patologických jevů dlužná mediální oblast, kde je naprostá absence systémového působení ve smyslu výchovy a vzdělávání k pozitivnímu a zdravému životnímu stylu.

Oddíl III. Zásady primární prevence resortu školství, mládeže a tělovýchovy

3.1. Sociálně patologické jevy

„**Primární prevencí**“ rozumíme veškeré konkrétní aktivity realizované s cílem předejít problémům a následkům spojeným se sociálně patologickými jevy (dále SPJ), případně minimalizovat jejich dopad a zamezit jejich rozšíření.

Důraz je kladen zejména na **specifickou primární prevenci** tj. systém aktivit a služeb, které se zaměřují na práci s populací, u níž lze v případě jejich absence předpokládat další negativní vývoj a který se snaží předcházet nebo omezovat nárůst jeho výskytu. Součástí systému jsou Standardy primární prevence, od jejichž naplňování při preventivních aktivitách se očekává dodržení potřebné úrovně a kvality daných aktivit. Specifické primárně-preventivní programy v oblasti prevence jsou tedy programy, které se explicitně zaměřují na určité cílové skupiny a snaží se hledat způsoby, jak předcházet vzniku a rozvoji sociálně patologických jevů. Právě jasná profilace těchto programů (snaha působit selektivně, specificky) na určitou formu rizikového chování odlišuje tyto programy od programů nespecifických. Specifičnost programů je dále dána nutností zaměřit se na určitou cílovou skupinu, jevící se jako ohroženější či rizikovější, než skupiny jiné. Není (ekonomicky ani odborně) smysluplné, aby všemi typy těchto programů procházely např. všechny děti, ale pouze ty, u nichž předpokládáme vyšší pohotovost k rizikovému chování (ať již z hlediska věkového, sociálního apod.). Nejjednodušší definicí specifických preventivních programů je tzv. ekonomická negativní definice: Programy specifické primární prevence jsou všechny takové programy, které by neexistovaly, kdyby neexistoval problém sociálně patologických jevů, tj. tyto programy by za neexistence fenoménu sociální patologie nevznikaly a nebyly rozvíjeny.

Nespecifickou primární prevencí se rozumí aktivity, které tvoří nedílnou součást **primární prevence** a jejímž obsahem jsou všechny metody a přístupy umožňující rozvoj harmonické osobnosti, včetně možnosti rozvíjení nadání, zájmů a pohybových a sportovních aktivit. Programy nespecifické prevence (např. různé volnočasové aktivity) by existovaly a byly žádoucí i v případě, že by neexistovaly sociálně patologické jevy,

tj. bylo by i v takovém případě smysluplné tyto programy rozvíjet a podporovat. Nespecifické programy v tomto smyslu nelze vztahovat k určitému fenoménu, jehož výskytu se program snaží předcházet (působí obecně, nespecificky), nebo jeho výskyt alespoň posunout do vyššího věku cílové skupiny. Jako primární prevence jsou s úmyslem získání finančního příspěvku velmi často prezentovány nejrůznější volnočasové aktivity.

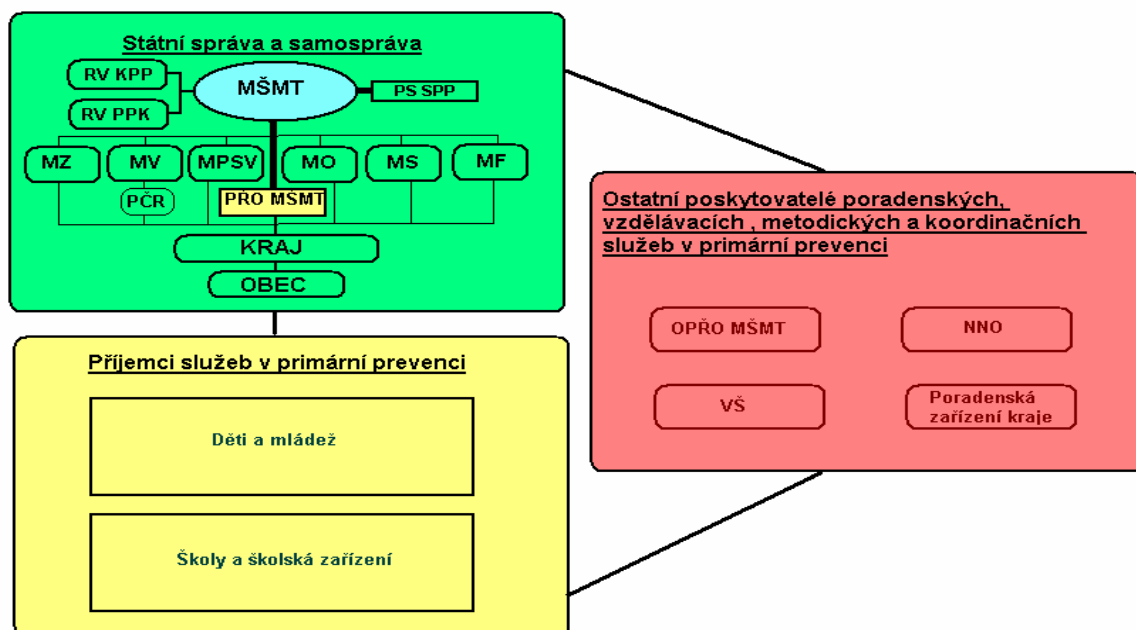
Prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže (dále jen "prevence") v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy zahrnuje především aktivity v oblastech prevence:

- a) násilí a šikanování,
- b) záškoláctví,
- c) kriminality, delikvence, vandalismu aj. forem násilného chování,
- d) ohrožení mravnosti a ohrožování mravní výchovy mládeže,
- e) xenofobie, rasismu, intolerance a antisemitismu,
- f) užívání návykových látek (vč. opomíjeného alkoholu a kouření), anabolik, medikamentů a dalších látek,
- g) netolismu (virtuálních drog) a patologického hráčství (gambling),
- h) diváckého násilí.
- i) komerčního sexuálního zneužívání dětí,
- j) syndromu týraných a zneužívaných dětí
- k) sekt a sociálně patologických náboženských hnutí.

3.2. Organizační systém primární prevence v ČR

Na horizontální úrovni ministerstvo aktivně spolupracuje s věcně příslušnými resorty (Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo vnitra, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo obrany) a nadresortními orgány (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky při Úřadu vlády a Republikový výbor prevence kriminality při Ministerstvu vnitra – v těchto orgánech jsou zastoupeny všechny věcně příslušné resorty). Meziřesortní spolupráce bude rozšířena v letošním roce o Ministerstvo financí a Ministerstvo spravedlnosti.

V rámci této úrovně byly ustanoveny při ministerstvu : Pracovní skupina specifické primární protidrogové prevence a Pracovní skupina prevence kriminality a ostatních sociálně patologických jevů složená ze zástupců věcně příslušných resortů, krajů, akademické obce, nestátních neziskových organizací, školských poradenských zařízení, vysokých škol, přímo řízených organizací ministerstva a vybraných odborníků na danou problematiku. Cílem těchto pracovních skupin je spolupráce, sjednocení přístupů a koordinace činností v dané oblasti napříč resorty



Vysvětlivky k použitým zkratkám:

RVKPP	Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
RVPPK	Republikový výbor pro prevenci kriminality
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
PŘO	Přímo řízené organizace MŠMT
OPŘO	Ostatní přímo řízené organizace MŠMT*

PS SPP	Pracovní skupina specifické primární prevence
MO	Ministerstvo obrany
MV	Ministerstvo vnitra
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MF	Ministerstvo financí
MS	Ministerstvo spravedlnosti
NNO	Nestátní neziskové organizace
VŠ	Vysoká škola

*

ČŠI – Česká školní inspekce

IPPP – Institut pedagogické psychologického poradenství

VÚP – Výzkumný ústav pedagogický

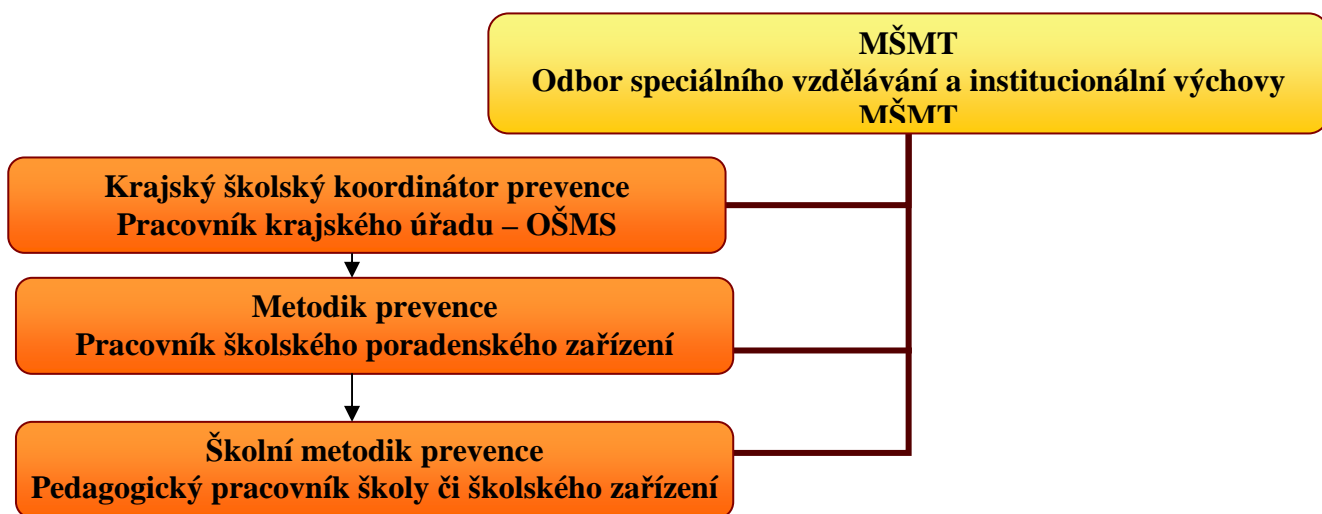
NÚOV – Národní ústav odborného vzdělávání

ÚIV – Ústav pro informace ve vzdělávání

AV – Antidopingový výbor

3.3. Hlavní subjekty systému resortu školství, mládeže a tělovýchovy pro oblast primární prevence

Na vertikální úrovni ministerstvo metodicky vede a koordinuje síť koordinátorů, tvořenou krajskými školskými koordinátory prevence (pracovníci odborů školství, mládeže a tělovýchovy krajských úřadů), metodiky prevence (pracovníci pedagogicko-psychologických poraden) a školními metodiky prevence (vybraní pedagogové ve školách a školských zařízeních).



Je zřejmé (viz SWOT analýza Příloha I.), že vytvořený systém koordinátorů a metodiků, jejich činnost a existence celonárodní strategie na poli primární prevence doplněná (v mnoha případech) o obdobné strategie krajské, jsou pozitivními a efektivními prvky systému primární prevence resortu školství.

Oddíl IV.

Cíle Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2005-2008

4.1. Dlouhodobé cíle

MŠMT v rámci své gesce za oblast primární prevence v České republice usiluje v dlouhodobém horizontu o vytvoření a nastolení bezpečného prostředí, tj. prostředí, v němž kvalifikovaný, legislativně zakotvený stabilní systém metodiků prevence na všech úrovních při vytvořených potřebných podmínkách pro práci, realizuje akreditované programy, které naplňují kritéria daná Standardy primární prevence. Současnou nezbytnou podmínkou pro tuto realizaci jsou -

- Provázanost systému resortu školství se systémy ostatních věcně příslušných resortů
- Jednotný systém koordinace činností v oblasti primární prevence na horizontální i vertikální úrovni preventivní činnosti přímo řízených organizací MŠMT a preventivních strategií na úrovni krajů
- Efektivní spolupráce na meziresortní a mezinárodní úrovni v oblasti primární prevence sociálně patologických jevů dětí a mládeže
- Funkční informační systém pro realizaci preventivního působení
- Funkční systém vzdělávání školních a metodiků a krajských koordinátorů prevence
- Efektivní systém akreditací vzdělávacích programů v oblasti primární prevence
- Vícezdrojové a víceleté financování projektů primární prevence

K naplnění výše stanovených dlouhodobých cílů a v návaznosti na realizovanou SWOT analýzu a v souladu s jejími výstupy (viz Příloha I.) byly vytyčeny následující střednědobé a krátkodobé cíle v oblastech koordinace, vzdělávání, financování a legislativy pro období 2005-2008.

4.2. Střednědobé cíle

Koordinace

- *V rámci krajů zřízení pracoviště či pracovní skupiny pro komplexní koordinaci všech subjektů vstupujících do primární prevence (Vznik Regionálních center prevence)*
- *Zavedení do praxe minimálních standardů primární prevence sociálně patologických jevů*
- *Zavedení do praxe systému akreditací programů primární prevence sociálně patologických jevů*
- *Zavedení do praxe manuálu dobré praxe pro oblast prevence sociálně patologických jevů*
- *Podpora součinnosti a propojení všech subjektů participujících na oblasti primární prevence, a to na vertikální i horizontální úrovni*
- *Tvorba, distribuce a implementace metodických materiálů a publikací určených poskytovatelům i příjemcům služeb v oblasti primární prevence*
- *Podpora zapojování rodin do života škol a školských zařízení*

Vzdělávání

- *Vytvoření a zavedení do praxe systému akreditací vzdělávání v oblasti primární prevence a sjednocení parametrů udílení těchto akreditací*
- *Revize systému kontroly kvality vzdělávacích programů zaměřených na oblast primární prevence*
- *Zavedení do praxe specializačního studia školních metodiků prevence; specializační studium bude organizováno ve smyslu návrhu vyhlášky o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků jako studium k výkonu specializovaných činností*
- *Zavedení do praxe systému vzdělávání v oblasti posilování právního vědomí v problematice prevence sociálně patologických jevů*

Financování

- *Vytvoření stabilního grantového systému pro oblast primární prevence sociálně patologických jevů*
- *Finanční zabezpečení funkce školního metodika prevence (snížená přímá míra vyučovací povinnosti)*
- *Vytvoření a podpora systému víceletého financování pro oblast primární prevence sociálně patologických jevů*

Legislativa

- *Vymezení pozic metodiků prevence na všech úrovních v katalogu prací včetně systému jejich pravidelného odměňování*
- *Školní preventivní strategii (dříve Minimální preventivní program) zařadit do školních vzdělávacích programů*

4.3. Krátkodobé cíle

Koordinace

- *Prohlubování spolupráce MŠMT s věcně zainteresovanými subjekty na vertikální (resorty, resortní i nadresortní skupiny, komise, poradní výbory a orgány) i horizontální úrovni (kraje, okresy, školy a školská zařízení, NNO, VŠ)*
- *Metodická, koncepční a koordinační podpora MŠMT rozvoji realizace školních preventivních strategií na úrovni škol a školských zařízení*
- *Součinnost a propojení všech subjektů participujících na oblasti primární prevence, a to na vertikální i horizontální úrovni*
- *Specifikace rolí, kompetencí, podílů a vymezení působnosti jednotlivých resortů v PP*
- *Zmapování potřeb v oblasti primární prevence ve všech krajích s jednoznačným určením priorit*
- *Aktualizace metodického pokynu k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu MŠMT v návaznosti na nový Školský zákon a prováděcí předpisy k tomuto zákonu*

Vzdělávání

- *Pilotní ověřování praxe specializačního studia školních metodiků prevence; specializační studium bude organizováno ve smyslu návrhu vyhlášky o dalším*

vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků jako studium k výkonu specializovaných činností

- *Podpora kontinuálních programů se sebezkušenostními prvky*
- *Podpora cíleného vzdělávání pro poskytovatele i příjemce služeb v oblasti primární prevence sociálně patologických jevů v klíčových kompetencích – jako např. fundraising, právní povědomí...*

Financování

- *Finanční podpora a rozvoj realizace školních preventivních strategií na úrovni škol a školských zařízení formou dotačních řízení vyhlašovaných MŠMT*
- *Realizace dotační politiky v oblasti primární prevence (Program I. a Program II.)*
- *Participace na realizaci dotační politiky v oblasti primární prevence u ostatních orgánů státní správy a samosprávy*

Příloha I.

SWOT analýza

Vyhodnocení aktuálního stavu v oblasti prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu MŠMT

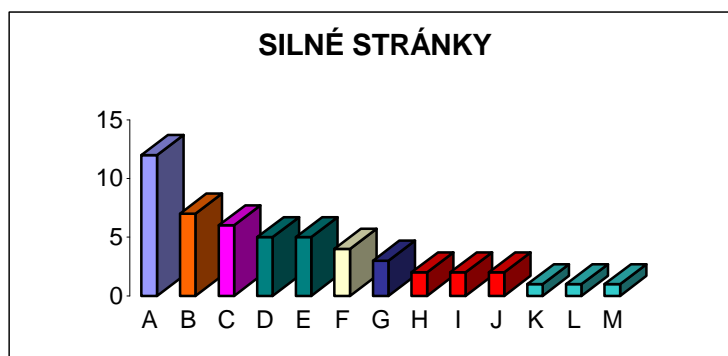
V roce 2003 -2004 byla ve spolupráci s krajskými školskými koordinátory prevence realizována SWOT analýza, jejímž hlavním cílem a posláním bylo vymezení

- **silných stránek – tj. toho, co pozitivně ovlivnilo vývoj realizace prevence v období 2001-2004**
- **slabých stránek – tj. toho, co je považováno za negativní faktor v období 2001-2004 a co je tudíž třeba zlepšit**
- **příležitostí – tj., co je vnímáno jako příležitost, které mohou do budoucna ovlivnit (ať již v pozitivním či negativním smyslu slova) oblast prevence**
- **hrozby – tj. vše, co je vnímáno jako jednoznačná hrozba budoucnosti pro oblast prevence.**

SILNÉ STRÁNKY

(údaje uprostřed uvádějí absolutní četnost jevu – min. 0, max. 14)

systém, strategie, koncepce	12	A
Vzdělávání	7	B
koordinátoři, metodici	6	C
volnočasové aktivity	5	D
legislativa	5	E
přístup k informacím	4	F
financování	3	G
odborníci v PP	2	H
zájem, snaha řešit problémy	2	I
programy PP	2	J
mezinárodní spolupráce	1	K
MPP	1	L
monitoring	1	M

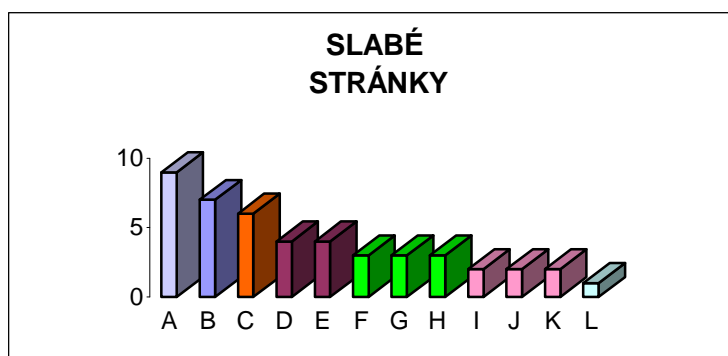


Za hlavní silné stránky v oblasti primární prevence u dětí a mládeže je považováno:

- zlepšování systému vzdělávání a postupné prosazování systému celoživotního vzdělávání,
- rozšíření právního vědomí
- stabilní tok financí z MŠMT formou dotací
- podmínky pro volnočasové aktivity dětí a mládeže /strukturované a organizované/
- existence sítě středisek SVC a NNO v oblasti spec. i nespec. PP
- stabilizovaný systém primární prevence ve školství, MŠMT, KÚ, OMP, ŠMP, NNO které se podílejí na programech ...
- Existence celonárodní strategie na poli primární prevence doplněná (v mnoha případech) o obdobné strategie krajské
- Školní preventivní strategie v každé škole a jejich každoroční precizace, krajské vyhodnocení a kontrola ČŠI
- vzájemná a otevřená komunikace mezi resorty a kraji (krajskými úřady).

SLABÉ STRÁNKY

Systém, strategie, koncepce	9	A
vzdělávání	7	B
podmínky práce ve Š a ŠZ	6	C
financování	4	D
metodici, koordinátoři	4	E
spolupráce rodiny a školy	3	F
koordinátoři, metodici	3	G
evaluační nástroje	3	H
kontrola kvality, certifikace	2	I
mediální politika	2	J
negativa práce v PP	2	K
patologická latence	1	L

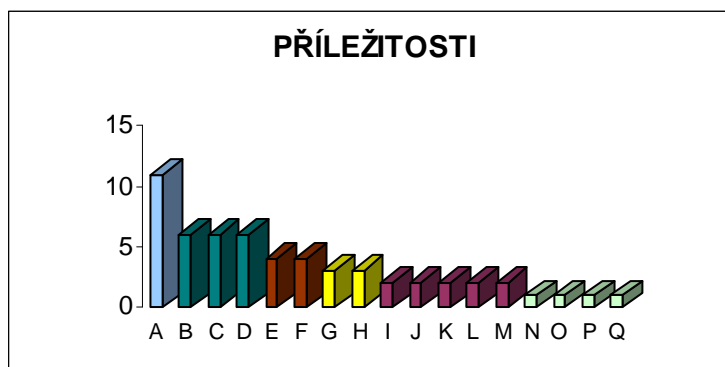


Za hlavní slabé stránky v oblasti primární prevence u dětí a mládeže je považováno:

- prevence pouze ve škole, po skončení vyučování nemožnost postihu, nekontrolovatelnost žáků
- spolupráce s rodiči
- prevence jen ve školách, absence prevence v rodinách
- absence kontinuálního vzdělávacího systému
- nedostatečné pregraduální i postgraduální vzdělávání pedagogů v oblasti komunikace a SPJ
- neodbornost pedagogů v dané oblasti (absence právního vědomí)
- nedostatečné pravomoci OMP a ŠMP
- nejasná měřitelná kritéria sledování efektivity MPP
- neschopnost měřit efektivitu
- absence schopnosti evaluace preventivních programů
- absence systému udělování akreditací vzdělávání
- nedostatečná a kontraproduktivní mediální politika ve vztahu k primární prevenci (dále jen PP)
- nedostatečné legislativní zakotvení prevence

PŘÍLEŽITOSTI

Vzdělávání	11	A
koordinace, strategie, koncepce	6	B
podmínky práce ve Š a ŠZ	6	C
metodici, koordinátoři	6	D
Financování	4	E
legální drogy	4	F
kontrola kvality, certifikace	3	G
geneze oblasti PP	3	H
spolupráce rodiny a školy	2	I
EU	2	J
služby v oblasti PP, SP a TP	2	K
zkušenosti z realizace PP	2	L
zájem, chuť	2	M
volnočasové aktivity	1	N
Monitoring	1	O
demotivace, nechut'	1	P
Legislativa	1	Q



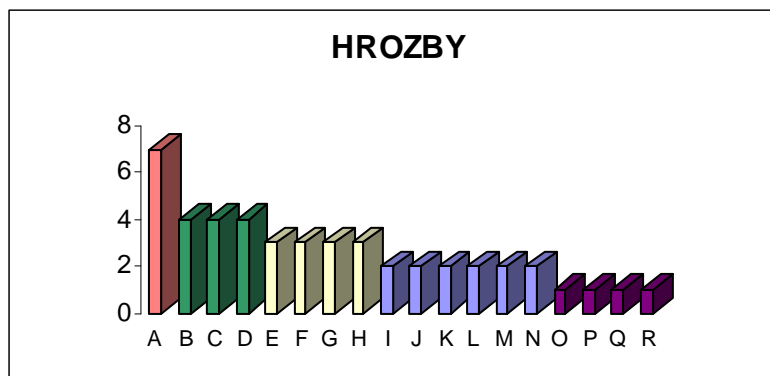
Za příležitosti v oblasti primární prevence u dětí a mládeže je považováno:

- vytvoření stabilního grantového systému
- čerpání dotací z EU
- možnost systematického a dlouhodobého vzdělávání metodiků prevence (OMP a ŠMP) , zkvalitnění výuky na VŠ
- rozšiřování znalostí v oblasti právního vědomí
- standardy kvality PP
- certifikace programů PP v ČR
- omezení reklamy na legální drogy
- zkvalitnění meziooborové spolupráce, spolupráce mezi PPP, PC a krajským úřadem
- Rámcové vzdělávací programy
- posílení a efektivní využití pozice třídního učitele
- vznik školských poradenských pracovišť

- zajištění statutu ŠMP
- evaluace programů

HROZBY

systém, strategie, koncepce, koordinace	7	A
životní styl	4	B
podceňování problematiky PP	4	C
Vzdělávání	4	D
geneze výskytu sociálně patologických jevů	3	E
legální drogy	3	F
organizovanost drogových zločinů	3	G
zdravotní aspekty	3	H
osobnostní předpoklady ŠMP	2	I
Legislativa	2	J
vliv médií	2	K
nezájem, nechut'	2	L
aspekt rodiny	2	M
Financování	2	N
podmínky pro práci ŠMP	1	O
liberalizace v oblasti PP	1	P
přeceňování problematiky PP	1	Q
kontrola kvality, certifikace	1	R



Za hrozby v oblasti primární prevence u dětí a mládeže je považováno:

- nechut' pedagogů vyvíjet aktivity, které nepřinášejí okamžitý viditelný výsledek
- nedostatečné využití stávající legislativy a nedostatečná kontrola dodržování legislativy
- nedostatečná ochrana dětí před alkoholem a pasivním kouřením v rodině a na veřejnosti
- vysoká společenská tolerance k legálním drogám
- mobilní telefony, Internet
- liberalizace drogové politiky

- absence pocitu zodpovědnosti za vlastní zdraví
- nejasná součinnost a propojení vertikální a horizontální úrovně v oblasti primární prevence
- ztráta komunikace mezi klíčovými subjekty, ztráta koncepce
- podceňování primární prevence
- absence certifikací programů PPP

Příloha č.4

**Zásady preventivního působení ve škole a v zařízení náhradní
rodinné výchovy jako prevence vzniku drogové závislosti**

Zásady preventivního působení ve škole a v zařízení náhradní rodinné výchovy jako prevence vzniku drogové závislosti

Prevence drogové závislosti by měla probíhat systémově a měla by respektovat zásady zaměřenosti, komplexnosti, koordinace, kontinuity, včasnosti, mezioborovosti a primárnosti psychické regulace.

1. Z hlediska zaměřenosti by mělo být preventivní působení zaměřeno na všechny děti a mládež, komplexní postup zahrnuje kromě orientace na dítě i zaměřenost na jeho širší okolí, tj. například na rodiče, pedagogy apod.

2. Postup by měl být koordinován, aby byla vyloučena duplicita, rozporuplnost v působení zodpovědných subjektů.

3. Jednotlivé preventivní aktivity by na sebe měly navazovat, měly by probíhat kontinuálně, a to od zjištění poruchy až po eliminaci nežádoucího chování.

4. Pokud se objeví první signály ohrožení psychického a sociálního vývoje dětí a mládeže, měla by být pomoc zajištěna včas. Prevence je tím účinnější, čím dříve s ní začneme.

5. S preventivním působením vlastně začínáme od narození dítěte, avšak za základ preventivního působení je možno považovat předškolní a mladší školní věk (důležitý vliv rodičů a školy). V období dospívání je prevence mnohdy komplikována vlivem vrstevníků, u kterých mohou být některé sociálně patologické jevy zaznamenány.

5. Efektivní preventivní působení se neobejde bez týmové, mezioborové spolupráce například mezi pedagogy, psychology, lékaři, sociálními pracovníky a právníky.

6. Z hlediska primárnosti psychické regulace by měla být prevence prioritně zaměřena na nedostatky v úrovni psychické regulace chování.

7.Preventivní působení by mělo zohledňovat zásadu přiměřenosti věku, vzdělání, dovednostem a zkušenostem jedince.

Příloha č.5

Pravidla podporující zdravé vztahy

Zásady rozvoje zdravého sebevědomí u dítěte

Zásady důvěry dítěte v dospělého

Přístup k dítěti jako prevence vzniku závislostí

Pravidla podporující zdravé vztahy

Tato pravidla mají však širší platnost a je možno je aplikovat nejen v rodině, ale také ve škole či jiném společenském prostředí. Pravidla, tedy určité normy, pojmáme jako faktor, který usnadňuje společenský styk, podporuje zdravé vztahy. V pravidlech jako takových nevidíme faktor omezující svobodný rozvoj jedince, jeho autonomie. Problém nespatřujeme v existenci pravidel samé, ale v jejich kvantitě a kvalitě.

Ke „zdravým“ pravidlům patří:

- 1) Pravidlo předem daných a logicky souvisejících důsledků porušení pravidla.** Dítě by mělo vědět, že dané pravidlo je stanoveno a co bude následovat, když pravidlo poruší, o jakou formu trestu se bude jednat.
- 2) Pravidlo práva na kontrolu.** Dítě si musí být vědomo, že rodiče, učitelé mají právo ho kontrolovat. Že jde o důslednost z jejich strany. Kontrola by neměla být pojmána jako akt nedůvěry.
- 3) Pravidlo neústupnosti vůči vydírání.** Dítě by si mělo být vědomo, že rodiče, učitelé nebudou akceptovat jeho sliby, výčitky, protože jsou za něj zodpovědní. A odpovědnost se nedá zpochybnit.
- 4) Pravidlo informovanosti.** Rodiče, učitelé by měli být schopni o problémech diskutovat, měli by být připraveni argumentovat. Zároveň by měli dát rovněž dítěti prostor k diskusi, brát vážně jeho argumenty a akceptovat dítě jako spolutvůrce pravidel.
- 5) Pravidlo „žádný alkohol nebo nealkoholové drogy u nezletilých“.** Z lékařského a psychologického hlediska je nezralý organismus drogou více ohrožen. Dítě by tedy mělo pravidlo interpretovat jako pravidlo, které ho chrání, ne omezuje

Stanovování pravidel a dosažení toho, že budou akceptována a respektována, není možné bez vzájemné důvěry. Vzájemná důvěra, zejména pak důvěra dítěte v rodiče i učitele, je základem soužití členů sociální skupiny. Rodiče, učitelé by měli tuto důvěru získat a posilovat. Její ztráta zpravidla významně naruší vztah mezi dítětem a rodiči, učiteli a vychovateli.

Zásady rozvoje zdravého sebevědomí u dítěte

Vhodné výchovné přístupy dospělých k rozvoji zdravého sebevědomí jako prevence vzniku problémů s návykovými látkami

1) *Chválit dítě.* Ne vždy se nám věci povedou tak, jak si představujeme. Proto by dítě mělo být chváleno nejen za úspěch, ale také především za snahu. Rodiče i učitelé by měli dítě chválit i za drobné úspěchy. Měli by reagovat pozitivně na to co se podaří a ne si všímat pouze neúspěchů.

2) *Pomáhat dítěti stanovovat si rozumné cíle.* Rodiče i učitelé by si měli být vědomi limitů dítěte a nevést ho k nereálným cílům. Rodiče, učitelé i dítě se tak vyvarují nepříjemných zklamání.

3) *Kritizovat konkrétní chování, ne dítě samotné.* Rodiče a učitelé by měli dát dítěti najevo, jaké chování se jim líbí a jaké neakceptují. To, že dítě udělalo něco špatně, že se v konkrétním případě chovalo nevhodně, neznamená, že je špatné a rodiče, respektive učitelé ho odmítají, nemají ho rádi.

4) *Neslibovat dítěti vzdušné zámky.* Rodiče a učitelé by neměli z dítěte vychovávat „hvězdu“. Svět je zpravidla jiného mínění a setkání dítěte s ním je často pro dítě bolestivou ranou. Dospělí by dítě měli citlivě vést k poznání jeho silných i slabých stránek s tím, že ani oni nejsou dokonalí a dokonalého člověka na světě nenajdeme.

5) *Dát dítěti přiměřenou míru odpovědnosti* za různé úkoly v doma i ve škole. Dítě se tak učí nejen odpovědnosti samé, ale získává rovněž vědomí toho, že je druhým užitečné, má jim co nabídnout, není zbytečné.

6) *Dávat dítěti najevo, že ho dospělí mají rádi.* Vztah dítěte k sobě samému je formován rovněž vztahem dospělých autorit k němu. Autority by svůj cit k dítěti měli vyjadřovat nejen verbálně, ale rovněž nonverbálně (mimikou- úsměv, haptikou- dotek, pohlazení).

Optimální výchovný přístup je pak ten, kdy si je dítě vědomo (rovněž to tak prožívá), že ho rodiče, učitelé mají rádi, přijímají ho a respektují, jsou mu oporou, chrání ho, kdy dítě ví, že má určité povinnosti, které je nutno plnit a které je schopno plnit, že jsou určitá pravidla, která je potřeba dodržovat. Jsou tak vlastně uspokojeny jedny ze základních potřeb dítěte- potřeba ochrany, podpory, hranic a limitů. Mýlí se ti dospělí,

kteří se domnívají, že ke zdárnému vývoji dítě potřebuje neomezenou svobodu, že stanovováním pravidel a povinností by byla narušena autonomie dítěte. Dosáhnou mimo jiné toho, že dítě prožívá nejistotu, jeho sebepojetí a sebehodnocení je neadekvátní. Dospělí by si měli být vědomi, že jsou pro dítě nositelem hodnot, vzorem, modelem, který je napodobován vědomě i nevědomě.

Zásady důvěry dítěte v dospělého

Pro možnost co největšího vlivu na dítě je třeba, aby v nás mělo důvěru. Pro její získání a udržení je třeba dodržovat určitá pravidla.

1) Věnovat se dítěti. Pokud se na nás dítě s něčím obrátí, začne například něco vyprávět, dospělí by měli přerušit činnost a dítěti se věnovat.

2) Sledovat, co dítě říká nonverbálně (mimikou, gesty, tónem hlasu apod.). Neverbální sdělení bývá v určitých případech důležitější než sdělení verbální.

3) Povzbuzovat dítě, aby s dospělým mluvil. Významná jsou zde například slova „aha“, „opravdu?“, „hm“ atd. Nežádoucí jsou prudké, jízlivé, ironické, odmítavé reakce na sdělení dítěte.

4) Vyjádřit to, co dítě řeklo, vlastními slovy. Dospělí tím dají najevo, že mají o sdělení dítěte zájem, zároveň se ujistí, že správně sdělení porozuměli.

5) Kontrolovat tón hlasu. Ten by měl podporovat obsahovou stránku sdělení, ne s ní být v rozporu.

6) Odpovídat dítěti nejen verbálně. Důležité je pokývání hlavou, objetí apod. Často záleží na situaci samotné.

7) Věnovat dítěti alespoň chvíli neformálního kontaktu denně. Mnohdy nezáleží na tom, jak dlouho jsme s dítětem, ale jak kvalitně je čas vyplněn.

8) Ptát se každý den dítěte, co prožilo hezkého, co ošklivého ho potkalo.

9) Dítěti nelhat. Lepší je, když dospělý přizná, že něco neví, že o něčem pochybuje. Tím důvěru neztratí, ale zpravidla vztah posílí.

Přístup k dítěti jako prevence vzniku závislostí

Za důležitou součást preventivního působení považujeme postoj rodičů, učitelů a vychovatelů k dítěti, jaký mají k dítěti vztah, jaká je rodinná, školní atmosféra a atmosféra ve výchovném zařízení. Co se základních postojů k dítěti týče, můžeme je rozlišit podle dvou základních hledisek- hlediska citového vztahu k dítěti a hlediska požadavků, řízení a kontroly.

Hledisko citového vztahu k dítěti:

kladný postoj- dítě si je vědomo toho, že ho rodiče, učitelé a vychovatelé mají rádi, že se mu snaží porozumět, pochopit ho a pomoci mu, že se na ně může v případě nutnosti spolehnout;

sentimentální láska- rodiče (učitelů se tolik netýká) jsou emocionálně přehnaně připoutáni k dítěti a snaží se ho rovněž připoutat, kladné projevy k dítěti jsou přehnané, dítě je rozmazlováno, rodiče jsou nekritičtí;

chladný, odmítavý přístup k dítěti- dítě necítí lásku rodičů, pozitivní vztah ze strany učitelů, prožívá pocit samoty, nejistoty, opuštění;

rozporná směs- rodiče, učitelé a vychovatelé mnohdy bez zjevného důvodu střídají kladné a záporné projevy, dítě prožívá zmatek, ocitá se v situaci konfliktu.

Hledisko požadavků, řízení a kontroly:

přiměřená míra- na dítě jsou kladeny přiměřené požadavky, jejich plnění je kontrolováno a dítě ví, že je nutno je respektovat, přitom je dítěti poskytována samostatnost;

přehnaně vysoká míra- samostatnost dítěte je omezována, přístup rodičů, učitelů je silně autoritativní, perfekcionista;

příliš nízká míra- dítě je bez povinností, požadavků, není korigováno a usměrňováno, je ponecháno bez kontroly;

rozporná směs- v požadavcích, kontrole a řízení panuje nedůslednost, často jsou střídány protichůdné přístupy.

I z tohoto rozlišení je patrné, které přístupy je možno považovat za velmi rizikové ve vztahu k rozvoji vzniku drogové závislosti. Jedná se o sentimentální lásku, kde je přehnaně kladný citový vztah k dítěti; odmítavý přístup k dítěti a rozpornou směs. Z hlediska požadavků, řízení a kontroly jde o přehnaně vysokou míru, kdy je dítě stresováno, příliš nízkou míru a opět rozpornou směs. Sentimentální láska se stejně jako chladný přístup k dítěti často pojí s příliš nízkou mírou požadavků, řízení a kontroly. Chladný, odmítavý přístup se však mnohdy pojí také s přehnaně vysokou mírou požadavků, řízení a kontroly, což mimo jiné negativně ovlivňuje sebevědomí dítěte. Avšak právě zdravé sebevědomí podporuje rezistenci jedince vůči sociálně patologickým jevům. Z uvedeného rovněž vyplývá, že každý vztah by se měl řídit určitými pravidly.

Příloha č. 6

Preventivní program DDŠ v oblasti zneužívání návykových látek

Dětský domov se školou 471 28 Hamr na Jezeře

Preventivní program DDŠ v oblasti zneužívání návykových látek

1/ Výchova ke zdravému životnímu stylu, rozvoj etického a právního vědomí

Při školní a výchovné práci se pedagogičtí pracovníci zvláště v doplňkových hodinách, hodinách občanské nauky a odpolední výchovné práci, formou besed, pohovorů a dalších prostředků snaží vzbudit zájem o změnu hodnotového žebříčku ve vztahu k návykovým látkám i k životu ve společnosti.

V našem prostředí jde především o alkoholismus a návyk na kouření. Častá je zkušenost s lehkou a mnohdy i s tvrdou drogou.

Děti jsou poučeny o právních důsledcích jednání, které je v rozporu se zákonem. Jsou seznamovány i se svými právy a povinnostmi jakožto občany ČR.

Pokoušíme se vzbudit zájem o zdravý životní styl formou zájmové aktivity- aerobic, aromaterapie, arteterapie, kroužek Zálesák, cyklistický kroužek, sportovní akce- plavecké závody, sportovní olympiády, branné dny, sportovní dny, vícedenní pobyty v přírodě aj. Pokoušíme se dětem ukázat jinou alternativu trávení volného času, snažíme se docílit, aby v konkrétních situacích zažily pocity radosti, uspokojení a seberealizace.

Velmi důležitý je příklad dospělých- nekouřit, nepít alkohol před dětmi, optimalizovat vztahy mezi dětmi a výchovnými pracovníky.

2/Všestranný rozvoj osobnosti dítěte, vytváření eticky hodnotných postojů a způsobů chování.

Snažíme se o změnu preference životních hodnot, o osvojování morálky a etiky v chování, aby hodnotily zaměstnání, výdělek, starost o rodinu. Prioritní je snaha o resocializaci svěřených dětí, zapojení se do normální společenské skupiny. Hodnotový žebříček je mnohdy silně převrácený. Osnovou výchovného ústavu je soubor DDŠ: „Profil absolventa DDŠ Hamr n/J,,.

3/ Řešení sociálního zázemí dětí.

Snažíme se zajistit styk dítěte s rodinou. Spolupracujeme s OSPOD a kurátory. Informujeme děti o dění v rodině.

Zabezpečujeme přípravu na povolání a následné umístění do učebních oborů, Spolupracujeme s justicí v zájmu dítěte. Je nutné, aby děti neglorifikovaly své rodiče,

příbuzné, ale aby se naučily vidět realitu. Musejí znát co mohou od rodičů čekat po návratu domů.

4/ Důvěryhodné a dostupné poradenství

Děti mají možnost informovat se o drogové problematice u všech ped. pracovníků, kteří doporučí rozhovor s výchovným poradcem, drogovým koordinátorem, etopedem apod. Spolupracujeme s kontaktním centrem v České Lípě.

Děti jsou informovány o kontaktních místech o jejich činnosti a možnosti využití, o možnosti anonymních vyšetření ve zdravotnických zařízeních apod.

Výchovný poradce a etoped rozebírá se svěřenci příčiny útěků, trestných činů, závadového chování a jednání.

Drogový koordinátor je zdravotnice ústavu.

5/ Přiměřená represe.

Je nutné hlavně postihovat děti, kteří vnášejí do zařízení návykové látky, a to dle vnitřního řádu. Bohužel vzhledem k listině dětských práv a svobod je problém represe pro mladistvé delikventy iluzorní. Spočívá v působení na dítě, je možný zákaz televize a některých výhod na skupině. Působení na dítě umožňuje bodový systém. Těžiště působení je v osobnosti ped. pracovníka jak je schopen prosadit důraznou kontrolu věcí, disciplínu, dodržování pracovních, hygienických a kázeňských návyků. Je nutné věnovat zvýšenou pozornost šikaně, agresi a dominanci některých dětí ve skupině. Nedopustit „velení“, skupině svěřencem.

6/ Systémová profesní příprava

Pedagogičtí pracovníci se postupně vzdělávají a absolvují školení a kursy k dané problematice.

Příloha č.7

Prevence drogových problémů

Varovná znamení užití drog

První pomoc při otravě drogami

Prevence drogových problémů

Cílem primární prevence ve starším školním věku je rozvoj sociálních dovedností především v navazování zdravých vztahů mimo rodinu, v schopnosti čelit sociálnímu tlaku, dovednosti rozhodovat se, efektivně řešit konflikty apod. Zásadní místo zde mají specifické programy primární prevence zaměřené na problematiku návykových látek, jejich účinky a rizika, tj. vytvořit povědomí o drogách – o nepříznivých zdravotních a sociálních důsledcích spojených s užíváním drog.

Drogy se mohou mezi dětmi objevit ve škole, v místech trávení volného času a podobně. Bohužel jsou jednou ze součástí dnešního života. Existuje řada opatření, kterými lze riziko drogových potíží omezit.

1. Mluvte s dětmi o drogách.

Vysvětlete jim o co jde, drogy nejsou tajemstvím. Přesvědčte se, že dítě rozumí použitým výrazům. Nebojte se návodovosti.

2. Nepodceňujte své děti.

Ví často o drogách víc, než si myslíte. Nesnažte se je poučovat, právě v oblasti drogové problematiky ze sebe můžete snadno udělat hlupáka. Naslouchejte pozorně a všímejte si detailů.

3. Pomozte svému dítěti nalézt a udržet sebedůvěru.

Právě nedostatek v sebehodnocení, pocity nedostatečnosti a „komplexy“ mohou přiblížit Vaše dítě k drogám. Nebojte se pochválit.

4. Pomozte svému dítěti vytvořit si pevný hodnotový systém.

Schopnost rozlišit mezi dobrým a špatným ovlivňuje výrazně rozhodování. K pozitivním i negativním hodnotám by mělo dítě dojít samo. Rodiče by měli vést a ukazovat směr (ne mentorovat).

5. *Bud'te pozitivním příkladem.*

Alkohol je také droga, i když legální, a vztah k němu je v rodině významným ukazatelem. Zde se velmi dobře demonstrují rozdíly mezi vhodným a nevhodným, mezi kontrolou a její ztrátou.

6. *Pomozte dítěti zvládat negativní tlaky ze strany vrstevníků.*

Podporujte jeho individualitu.. Vysvětlujte mu, že nemusí být stejný jako ostatní. Být jedinečný a jiný je to, co se hodnotí.

7. *Podporujte všechny pozitivní aktivity Vašeho dítěte.*

Způsob trávení volného času je jedním z významných faktorů, ovlivňující možný vznik drogových problémů. Nejen podporujte, ale i aktivně vyhledávejte zájmy a vlohy svého dítěte. Investovaný čas i peníze jsou vkladem, který se vyplatí.

8. *Nebojte se přiznat si nevědomost.*

Drogy jsou téma, které se dotýká celé společnosti. Mnozí se k této problematice vyjadřují, aniž si dají práci získat informace o realitě. Zprávy z masmédií jsou často vědomě či nevědomě zkreslené. Orientujte se na instituce, které s drogovou problematikou skutečně pracují, mají zkušenosti a důvěru klientů. Nebojte se ptát. Profesionální instituce jsou zde proto, aby Vám odpověděla.

Varovná znamení užití drog

Ne vždy se podaří výchovnými přístupy odvrátit hrozící nebezpečí vzniku drogových zkušeností. Proto je vhodné, aby byly známy i příznaky užití drog a v případě pochybností bylo možno provést adekvátní opatření.

Jak uvádí Hajný, samotné účinky nealkoholových drog se rozeznávají špatně. Reakce lze do jisté míry pozorovat na koordinaci pohybů – při větší intoxikaci marihuanou je například narušená, u pervitinu se reakce zrychlují, opiáty mají tendenci rychlost spíše snížit a pohyby změkčit. Po užití marihuany bývá časté zčervenání bělma v očích. Mnozí odborníci získají časem určitou zkušenost s hodnocením zorniček toxikomanů. Zvláště heroin může vyvolat změněnou reakci oka na světlo, která se projeví stažením zornic. Zvýšená agresivita zase může svědčit o užití stimulancií, podrážděnosti spojené s apatií z marihuany nebo abstinenčních příznaků u opiátové závislosti.

Výraznější známky užívání jsou samozřejmě u rozpouštědel – tam je markantní zápach vycházející z dechu, oblečení nebo některých věcí. Vždy však je třeba mít na mysli to, že pokud své užívání drog dítě bude potřebovat skrýt (a to obvykle chce) a je schopno racionální kontroly v tomto ohledu, může dosáhnout velkého mistrovství a rodiče při běžném pohledu na dítě nic nepoznají.

Období dospívání představuje čas, kdy děti vykazují mnoho rysů a změn, které by u dospělého naznačovaly problémy. Pokud se ale u dítěte objeví větší počet varovných signálů, stojí za to se mu více věnovat nebo případně navštívit odborníka.

V praxi často pozorujeme zvláštní jev. Na jedné straně jsou rodiče často velmi podezřívaví, ostražití a mívají sklon k přehnaným obavám. Na straně druhé, když některé varovné známky začnou pronikat do života rodiny i chování dítěte, většina rodičů odmítá uvěřit tomu, že by právě jejich dítě mohlo brát drogy. Někdy to vypadá až tak zvláštně, jakoby u rodičů vznikl nějaký zvláštní druh slepoty, díky kterému mnozí z rodičů nezaznamenají přibývajících známky a signály o tom, že jejich dítě směřuje k užívání drog. A především – nehodnotí je tak, že by na jejich základě začali vymýšlet a provádět nějaké změny.

Nejasné případy se proto vždy vyplatí konzultovat s odborníkem a z naší zkušenosti můžeme říct, že častěji jsou podezření a obavy rodičů oprávněné – byť se někdy týkají spíš problematického chování dítěte obecně, nedůvěry v rodině a dalších problémů než výhradně užívání drog.

(Hajný, 2003 - 2004)

První pomoc při otravě drogami

Ne vždy se podaří prevencí zamezit zneužívání drog. Proto je nezbytné být v dostatečné míře seznámeni s možnostmi pomoci při předávkování.

Okamžitě zavolat lékaře!

Než přijede lékař:

Postižený je při vědomí a došlo k otravě ústy.

Podat větší množství vody (případně s živočišným uhlím, jestliže je po ruce). Pak vyvolat stlačením kořene jazyka zvracení. Ošetřete případná zranění a zajistěte nepřetržitý dohled. Zabraňte prochladnutí. Pokud možno opatřete informace o látce, která byla požitá a předejte je přivolanému lékaři.

Postižený je při vědomí a k otravě došlo nitrožilní cestou nebo vdechnutím.

Zvracení nemá smysl vyvolávat. Ošetřete možná zranění a zajistěte nepřetržitý dohled. Zabraňte prochladnutí. Pokud možno opatřete informace o látce, která byla aplikována a předejte přivolanému lékaři.

Postižený je v bezvědomí.

Nikdy nepodávejte nic ústy a nesnažte se vyvolat zvracení, protože je nebezpečí vdechnutí zvratků. Položte postiženého do stabilizované polohy na bok, aby nezapadl jazyk. Ošetřete případná zranění a zajistěte nepřetržitý dohled. Zabraňte prochladnutí. Pokud možno opatřete informace o látce, která byla požitá a předejte je přivolanému lékaři. Sledujte dýchání. Při zástavě dechu uvolněte dýchací cesty (záklonem hlavy, odstraněním zvratků nebo cizího tělesa tím, že sáhnete do úst). Pak zahájíte dýchání z úst do úst.

(Nešpor, Provazníková, 1997, s. 36).

Zvláštnosti otrav u jednotlivých drog.

Léky proti bolestem a na spaní.

Jejich účinky se podobají těžké opilosti, mají i podobná rizika jako alkohol. Lékařská pomoc po požití vyšších dávek je naléhavě nutná.

Marihuana a hašiš.

Poměrně časté jsou úzkostné stavy. Je třeba zajistit dohled, aby osoba pod vlivem drogy neublížila sobě nebo někomu jinému. Lékařskou pomoc je třeba zajistit také v případě, že po odeznění účinku drogy přetrvávají duševní problémy.

Pervitin a halucinogeny (tripy).

Zajistit nepřetržitý dohled více osobami (pod vlivem drogy mohou postižení jednat nesmyslně a nebezpečně). Poměrně časté jsou úzkostné stavy a pocity pronásledování.

Těkavé látky.

Zajistit dostatek čerstvého vzduchu.

Opiáty.

Předávkování jsou poměrně častá, protože se mění odolnost proti droze i u téhož člověka. Navíc drogy jsou různě koncentrované. Mají tlumivý účinek na dýchání. Lékařská pomoc je nezbytná.

Otrava více látkami současně.

Například kombinace alkoholu a jiné drogy. Nebezpečí kombinací drog vzrůstá, volejte lékaře.

(Nešpor, Provazníková, 1997, s. 37).

Příloha č. 8

Zařízení drogového poradenství

Zařízení drogového poradenství

V případě, že jsou zjištěny nějaké problémy v oblasti zneužívání drog, je třeba vyhledat odbornou pomoc.

Celorepubliková působnost:

Internetové poradenství Drogového informačního centra o.s. Sananim s celorepublikovou působností [http:// www. odrogách.cz](http://www.odrogach.cz), [www. drogovaporadna. cz](http://www.drogovaporadna.cz)

Linka důvěry s celorepublikovou působností, Linka pomoci, tel. 465 524 252

Českolipsko:

Česká Lípa, Pasant, o.s. Kontaktní centrum, Hálkova 1794, Česká Lípa, 470 01

Tel. 487 831 545, Mgr. Magda Jogheeová

Česká Lípa, Protidrogový koordinátor, MěÚ Česká Lípa, Děčínská 389, Česká Lípa, 470

80, tel. 487 885 505, 487 885 473, Bc. Lenka Kovalová

www.mucl.cz

Česká Lípa, Linka důvěry, primární prevence, tel. 487 853 210

Česká Lípa, Středisko sociální a psychologické péče – Poradna pro rodinu a mezilidské

vztahy – Primární prevence, Konopeova 812, Česká Lípa, 470 01, tel. 487 850 203

Mgr. Bendová

Liberecko:

Liberec, Kontaktní centrum, Rumunská 5 / A, Liberec, 460 01.

Tel. 482 710 276, fax. 482 710 276

Iva Žižková, [http: // www.volny. cz / centrumlbc](http://www.volny.cz/centrumlbc)

Liberec, Privátní psychiatrie pro děti, dorost a dospělé – Ambulantní program

Masarykova 9, Liberec, 460 01

Mudr. Vorlová

Liberec, Poradenská praxe - ambulantní program, Gagarinova 877, Liberec 6, 460 06

[http:// www.poradna- rodina.org](http://www.poradna-rodina.org)

Další informace na :

<http://www.drogy-info.cz/index.php/map/>